

GUIDES ET NORMES

Blépharites

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction du médicament



Blépharites

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

Rédigé par
Hélène Guay

Avec la collaboration de
Fatiha Karam
Alain Prémont

Coordination scientifique
Mélanie Tardif

Sous la direction de
Sylvie Bouchard



Le guide d'usage optimal a été présenté au Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à sa réunion du 26 mars 2018.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Hélène Guay, Ph. D.

Collaborateurs internes

Fatiha Karam, Ph. D.

Alain Prémont, Pharm., MBA

Coordonnatrice scientifique

Mélanie Tardif, Ph. D.

Directrice

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., MBA

Repérage d'information scientifique

Caroline Dion, M.B.S.I., *bibl. prof.*

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Julien Chevrier, M.S.I.

Flavie Jouandon, *tech. doc.*

Soutien administratif

Ginette Petit

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Révision Littera Plus, révision linguistique

Mark Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-81658-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2018

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Blépharites : rapport en soutien au guide d'usage optimal. Rapport rédigé par Hélène Guay.

Québec, Qc : INESSS; 2018. 75 p.

L'institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ces travaux, les membres du comité consultatif sont :

D^{re} Catherine Achim, ophtalmologiste spécialiste en pédiatrie, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec - Université Laval; professeure de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

D^{re} Marie-Dominic Breault, médecin de famille et urgentiste, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie

D^r Michel Cauchon, médecin de famille, Unité de médecine familiale (UMF) Maïzerets, professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval

D^{re} Évelyne Doyon-Trottier, pédiatre urgentiste, CHU Sainte-Justine

D^{re} Anne Faucher, ophtalmologiste cornéologue, CHU de Sherbrooke (CHUS), Hôtel-Dieu de Sherbrooke, professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

D^r Pierre Forcier, optométriste, professeur agrégé, École d'optométrie de l'Université de Montréal

M. Francis Lachance, pharmacien d'établissement, CHU de Québec, Hôpital du Saint-Sacrement, Centre universitaire d'ophtalmologie

M^{me} Isabelle Levasseur, infirmière praticienne spécialisée, UMF-GMF Cité-de-la-Santé de Laval

D^r Kevin Messier, optométriste, chargé de clinique, École d'optométrie de l'Université de Montréal, Centre de perfectionnement et de référence en optométrie, Institut de l'œil des Laurentides

M. Frédéric Poitras, pharmacien, Faculté de pharmacie, Université Laval, pharmacien communautaire

D^{re} Isabelle Tétrault, microbiologiste infectiologue, CHU – Hôpital de l'Enfant-Jésus

Comité de suivi

Pour ces travaux, les membres représentants de leur organisation sont :

D^{re} Vanessa Bachir, optométriste, Association des optométristes du Québec (AOQ)

M. Joël Brodeur, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

D^r Mazen Choulakian, Association des médecins ophtalmologistes du Québec (AMOQ)

D^r Claude Guimond, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

D^{re} Francine Mathieu-Millaire, Collège des médecins du Québec (CMQ)

D^r Langis Michaud, optométriste, Ordre des optométristes du Québec (OOQ)

Lecteurs externes

Pour ces travaux, les lecteurs externes sont :

D^r Jean-Marie Hanssens, optométriste, Ph. D., professeur adjoint, directeur de la Clinique universitaire de la vision et directeur des résidences en optométrie, École d'optométrie, Université de Montréal

D^{re} Patricia-Ann Laughrea, ophtalmologiste, professeure titulaire, Centre universitaire d'ophtalmologie, Hôpital du Saint-Sacrement, CHU de Québec, Université Laval

D^r Pierre Lepage-Létourneau, ophtalmologiste spécialiste en oculoplastie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal), chargé d'enseignement clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r Stroy Lor, ophtalmologiste, Clinique ophtalmologique Yu et Lor, Saint-Charles-Borromée

Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament

Présidence

D^r Pierre Ernst, médecin, Université McGill

Membres

M. Georges-Émile Bourgault, pharmacien, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue, CISSS de Lanaudière, Direction de santé publique

M. Benoît Cossette, pharmacien, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Sylvain Couture, médecin de famille, Groupe de médecine familiale (GMF) Dix30

D^{re} Julie Couture, gériatre, CHU de Québec - Université Laval

D^{re} Lucie Deshaies, médecin de famille, CSSS de la Vieille-Capitale

D^r Mathieu Forster, médecin, Collège québécois des médecins de famille (CQMF)

M. Jean-Simon Fortin, consultant en éthique / Candidat au Ph. D. (bioéthique), Université de Montréal

M^{me} Karina Gauthier, pharmacienne, CISSS de Laval

M. Frédéric Grondin, conseiller-cadre clinicien, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Maxime Lamarre-Cliche, Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM)

D^r Howard Margolese, médecin spécialiste

Membres citoyens

M^{me} Lorraine Chartier

M. Jean-François Proteau

Autres contributions

L'institut tient aussi à remercier les personnes et associations médicales suivantes qui ont contribué à la réalisation de ces travaux en fournissant soutien, information et conseils clés :

M^{me} Julie Gélinas, OIIQ

D^r Christos Karatzios, pédiatre-infectiologue, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital de Montréal pour enfants

D^r Martin Labelle, FMOQ

D^r Marc Lebel, pédiatre-infectiologue, CHU Sainte-Justine, professeur agrégé de clinique, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^{re} Roseline Thibault, pédiatre-infectiologue, Centre mère-enfant Soleil, CHU de Québec

D^r Jean-Bernard Trudeau, CMQ

Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ)

Association des médecins ophtalmologistes du Québec (AMOQ)

Association des pédiatres du Québec (APQ)

L'INESSS remercie également les personnes suivantes qui ont agi à titre de futurs utilisateurs potentiels pour l'évaluation du Guide d'usage optimal Blépharites dans le cadre du présent projet :

D^r Jonathan Alary, optométriste, Clinique visuelle de Longueuil

D^{re} Janie Boucher, optométriste, Clinique d'optométrie Miosis, Gatineau

D^r Nicolas Brunet, optométriste, Clinique visuelle de Longueuil

M^{me} Amy-Lee Champagne, M. Sc., IPSPL, Hôpital Pierre-Boucher

M^{me} Marie-Ève Jacques, IPSPL, CIUSSS-CHUS

M^{me} Valérie Nolin-Rolland, IPSPL, CISSS Montérégie-Centre

D^r Jules Plante, optométriste, MSc, FAAO, Clinique d'optométrie Gravel, Thetford Mines

D^{re} Émilie Roy, optométriste, Clinique Voyons Voir, Boucherville

D^{re} France St-Arnaud, optométriste, Clinique IRIS, Ste-Rose, Laval

D^{re} Audrey Thibault, omnipraticienne, Clinique médicale 1851, Montréal

D^r Louis Thibault, optométriste, BSc, MSc, Clinique Opto-Réseau En Vue, Gaspé

D^{re} Lucie Tremblay, optométriste, Clinique Opto-Réseau En Vue, Gaspé

Déclaration de conflits d'intérêts

L'auteur de ce rapport et guide d'usage optimal (GUO) et ses collaborateurs internes déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce guide. Les membres du comité consultatif qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

M. Frédéric Poitras : conférencier au congrès de la FMOQ (gestion des interactions médicamenteuses, y inclus la prise en charge de l'intervalle Q-T) et réalisation d'une formation disponible sur le portail en formation médicale continue de la FMOQ.

D^{re} Évelyne Doyon-Trottier : participation à un projet de recherche portant sur l'antibiothérapie orale dans les cas modérés de cellulite infectieuse (cohorte rétrospective de patients traités au Centre de jour du CHU Sainte-Justine).

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

Sigles et acronymes	I
Résumé	III
Summary	VI
Introduction	1
1. Méthodologie.....	2
1.1. Question d'évaluation.....	2
1.2. Questions de recherche	2
1.3. Stratégie de recherche d'information	3
1.3.1. Littérature scientifique.....	3
1.3.2. Littérature grise.....	4
1.4. Sélection des documents issus de la littérature	4
1.5. Évaluation de la qualité méthodologique des documents issus de la littérature	6
1.6. Extraction des données issues de la littérature	6
1.6.1. Analyse et synthèse des données issues de la littérature.....	7
1.7. Repérage des données contextuelles et expérientielles à partir des consultations avec les parties prenantes.....	7
1.8. Approche d'intégration de la preuve	8
1.9. Méthode délibérative et de formulation des recommandations	8
1.10. Validation par les pairs	9
1.11. Méthode d'élaboration du GUO	9
2. Résultats	11
2.1. Sélection, description et qualité des documents retenus.....	11
2.2. Physiopathologie	13
2.3. Facteurs de risque	15
2.4. Présentation clinique.....	16
2.4.1. Antécédents à documenter	16
2.4.2. Symptômes et signes	16
2.4.2.1. Autres conditions cliniques	19
2.4.3. Tests diagnostiques.....	21
2.5. Principes de traitement	21
2.5.1. Traitement de première intention – Mesures non pharmacologiques	21
2.5.1.1. Compresses chaudes	23
2.5.1.2. Hygiène des paupières	24
2.5.1.3. Massage des paupières.....	25
2.5.1.4. Hydratation locale	26
2.5.2. Traitement de deuxième intention	26
2.5.2.1. Efficacité	27

2.5.2.2.	Innocuité	27
2.5.2.3.	Options de traitement, dosage, fréquence et durée	28
2.5.3.	Traitement pharmacologique de troisième intention	30
2.5.3.1.	Efficacité	30
2.5.3.2.	Innocuité	31
2.5.3.3.	Option de traitement, dosage, fréquence et durée	32
2.5.4.	Traitement pharmacologique de quatrième intention	34
2.5.4.1.	Efficacité	35
2.5.4.1.1.	Blépharite postérieure	35
2.5.4.1.2.	Blépharite antérieure	36
2.5.4.2.	Innocuité	36
2.5.4.3.	Option de traitement, dosage, fréquence et durée	37
2.6.	Critères de consultation vers un professionnel habilité	39
3.	Discussion	40
3.1.	Sommaire et analyse des principaux constats.....	40
3.1.1.	Mesures non pharmacologiques : traitement de première intention pour les cas de blépharite aiguë et chronique	41
3.1.2.	Symptômes et signes d'alarme	42
3.1.3.	Réévaluation de la condition clinique	42
3.2.	Forces et limites	43
3.3.	Impacts cliniques.....	44
4.	Recommandations	46
4.1.	Généralités	46
4.2.	Facteurs de risque	49
4.3.	Présentation clinique.....	49
4.3.1.	Symptômes et signes	50
4.3.2.	Autres conditions cliniques à considérer (photos disponibles).....	52
4.4.	Principes de traitement	54
4.4.1.	Traitement de première intention.....	55
4.4.2.	Traitement de deuxième intention	58
4.4.3.	Traitement de troisième intention	62
4.4.4.	Traitement de quatrième intention	66
4.4.5.	Antibiotiques de la classe des tétracyclines	70
4.5.	Critères de consultation	71
Conclusion		72
Références		73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Critères d'inclusion et d'exclusion	5
Tableau 2. Liste complète des documents retenus pour élaborer les recommandations cliniques.....	12
Tableau 3. Effets indésirables, interactions médicamenteuses, contre-indications et précautions particulières	37

SIGLES ET ACRONYMES

AAO	American Academy of Ophthalmology
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AMOQ	Association des médecins ophtalmologistes du Québec
AOA	American Optometric Association
AOQ	Association des optométristes du Québec
APhC	Association des pharmaciens du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	<i>bis in die</i> : deux fois par jour
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEC-UOM	Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
CO	College of Optometrists (Angleterre)
DGM	Dysfonctionnement des glandes de Meibomius
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DIE	<i>diebus</i> : une fois par jour
DSP	Direction de santé publique
e-CPS	<i>electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
ECRA	Essai comparatif à répartition aléatoire
FDA	Food and Drug Administration
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GIN	Guidelines International Network
GMF	Groupe de médecine familiale
GPC	Guide de pratique clinique
GRADE	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>
GUO	Guide d'usage optimal

HAS	Haute Autorité de Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
LDC	Lignes directrices canadiennes
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGC	National Guideline Clearinghouse
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OOQ	Ordre des optométristes du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
OPQ	Office des professions du Québec
PICO	Population, intervention, comparateur, <i>outcomes</i> (paramètres cliniques), types de publication et devis
PIPOH	Population, Intervention, Professionnels/personnes, Objectifs, lieu d'intervention et <i>Health setting and context</i> (contexte organisationnel)
PO	<i>per os</i> : administration orale
PPP	<i>Preferred Practice Pattern Guidelines</i>
QID	<i>quater in die</i> : quatre fois par jour
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
R-AMSTAR	<i>Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews</i>
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
RPCU	Regroupement provincial des comités d'usagers
RS	Revue systématique
S.O.	Sans objet
TID	<i>ter in die</i> : trois fois par jour
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
UOM	Usage optimal du médicament

RÉSUMÉ

Introduction

Dans le cadre du nouveau Règlement sur les médicaments qu'un optométriste peut prescrire et dans l'optique de soutenir et d'harmoniser la pratique des professionnels de la santé en première ligne, l'Ordre des optométristes du Québec (OOQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de réaliser un guide d'usage optimal (GUO) sur le traitement de la blépharite. L'objectif de ce rapport est de présenter l'ensemble de l'information recueillie dans le cadre des travaux ainsi que l'argumentaire en soutien aux recommandations cliniques qui ont mené à la réalisation du GUO sur le traitement des blépharites, qu'elle soit aiguë ou chronique, antérieure ou postérieure, à l'exclusion des cas d'origine virale et parasitaire.

Méthodologie

Les travaux sont fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles appréciées par les auteurs des documents qui présentent des recommandations cliniques, puis sur des revues systématiques (RS) récentes portant sur l'efficacité des traitements dans la prise en charge des cas de blépharite. Elles ont été bonifiées par des éléments du contexte législatif et organisationnel propres au Québec et par le savoir expérientiel de plusieurs experts et cliniciens québécois qui ont collaboré aux travaux. La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique. Afin de repérer les RS, une recherche systématique a été effectuée dans les banques de données PubMed, Embase et EBM Reviews. Et pour repérer les documents qui présentent des recommandations sur cette condition clinique, la recherche de la littérature grise a été effectuée en consultant notamment les sites Web des agences, organismes, associations, institutions et sociétés savantes, reconnues dans le domaine ophtalmique, suivants : Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Haute Autorité de Santé (HAS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Société canadienne d'ophtalmologie, Association canadienne des optométristes, Académie américaine d'ophtalmologie et Association américaine d'optométrie.

La recherche documentaire s'est limitée aux documents publiés de janvier 2012 à juillet 2017. Uniquement les publications en français et en anglais ont été retenues. Les bibliographies des publications sélectionnées ont été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents. Les documents rédigés par des associations ou les ordres professionnels du Québec ont été consultés. Le moteur de recherche Google a aussi été interrogé afin de trouver des publications provenant des agences réglementaires nord-américaines dont la Food and Drug

Administration (FDA) et Santé Canada. Les monographies officielles des antibiotiques, des corticostéroïdes et des combinaisons (en consultant l'*electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* – eCPS), homologués par Santé Canada, ont aussi été consultées.

Résultats

Les critères d'évaluation d'une blépharite aiguë, localisée (orgelet ou chalazion) ou généralisée (touchant toute la paupière) présentent peu de défis, mais le caractère chronique de la blépharite, son étiologie incertaine et la coexistence fréquente d'autres pathologies oculaires peuvent rendre la blépharite chronique difficile à reconnaître et à traiter. La suspicion d'une blépharite repose sur l'histoire du patient de même que sur l'examen des yeux et de la peau environnante et sur l'absence de manifestations qui pourraient orienter vers une autre condition clinique. Même si, dans la littérature scientifique en général, il n'existe aucun critère pour catégoriser les symptômes et signes d'alarme des cas de blépharite, les données contextuelles et expérientielles indiquent l'importance de fournir aux professionnels en première ligne non spécialisés en soins oculaires une liste de symptômes et de signes d'alarme qui suggèrent une atteinte cornéenne, laquelle nécessite une évaluation à la lampe à fente (biomicroscope) par un professionnel habilité. Cette personne a reçu une formation et elle se sent à l'aise pour interpréter les résultats biomicroscopiques générés par cet instrument. Il s'agit généralement d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.

Les mesures non pharmacologiques sont le traitement de première intention de toute blépharite, aiguë ou chronique, avant le recours aux antibiotiques topiques, et elles s'appliquent autant aux adultes qu'aux enfants. Le traitement de première intention consiste en quatre mesures non pharmacologiques. La première mesure comprend des compresses chaudes (chaleur humide) ou un masque chauffant (chaleur sèche). La deuxième mesure est l'hygiène des paupières avec une lingette ophtalmique ou du savon doux dilué. La troisième mesure est le massage des paupières, surtout dans les cas de blépharite chronique postérieure. Les mouvements des doigts visent à enlever les croûtes et à faire sortir les sécrétions des glandes de Meibomius. La quatrième mesure est l'hydratation locale qui consiste à appliquer des larmes artificielles si le patient atteint des blépharites aiguë ou chronique manifeste une réaction d'« inconfort ».

En cas d'échec des mesures non pharmacologiques, pratiquées sur une base régulière et de façon optimale, à contrôler les signes et symptômes des blépharites, aiguë ou chronique, un traitement pharmacologique de deuxième intention comprenant des antibiotiques topiques peut être considéré, préférentiellement à l'érythromycine. L'acide fusidique ou le sulfate de polymyxine B - gramicidine peuvent être utilisés comme autre option si le patient est intolérant ou allergique. Ce traitement topique s'applique seulement aux adultes. En effet, chez l'enfant, la prise en charge d'une blépharite chronique non contrôlée devrait être faite par un ophtalmologiste.

Le traitement de troisième intention comprenant un antibiotique topique avec ajout d'un corticostéroïde topique s'applique seulement aux adultes atteints de blépharites chroniques non contrôlées et à risque de complication après un examen à la lampe à fente pour repérer des symptômes et des signes d'alarme, par exemple une kératite herpétique. Parmi les options à privilégier, il y a le fluorométholone ou le lotéprednol. Comme autre option, la prednisolone topique peut être appliquée en ajout à un antibiotique topique. Si une combinaison antibiotique-corticostéroïde topique est envisagée, la dexaméthasone/tobramycine ou la prednisolone/sulfacétamide sont des options possibles. En raison des effets indésirables des corticostéroïdes (augmentation de la pression oculaire et cataracte), il est important que le patient soit réévalué à l'intérieur de quelques semaines suivant l'amorce du traitement. Le suivi inclut alors une évaluation à la lampe à fente par un professionnel habilité pour repérer les éventuelles complications.

Afin de limiter les effets indésirables d'un usage à long terme des antibiotiques, y inclus le développement de la résistance bactérienne, la prescription d'un traitement de quatrième intention comprenant des antibiotiques oraux, soit la doxycycline ou la minocycline, devrait être réservée à de rares cas comme ceux des adultes atteints d'une blépharite chronique postérieure non contrôlée par le bon usage vérifié des mesures non pharmacologiques sur une base régulière depuis plus de 4 à 6 mois, ni par l'usage d'un antibiotique topique qui n'a pas permis de contrôler la condition malgré l'ajout d'un corticostéroïde topique ou encore lorsqu'une kératite punctiforme secondaire est observée.

Conclusion

La blépharite chronique est une maladie qui ne peut être guérie de manière permanente. Les symptômes peuvent diminuer, mais ils sont rarement éliminés. Pour améliorer la prise en charge en première ligne des patients qui présentent ce trouble oculaire, qu'on estime être l'un des plus fréquents, il est important de faire la promotion des mesures non pharmacologiques comme traitement de première intention tout en fournissant des renseignements sur les symptômes et signes d'alarme qui requièrent une évaluation à la lampe à fente faite par un professionnel habilité. Afin de guider les professionnels de la santé en première ligne, ce GUO propose des définitions des blépharites, aiguë et chronique, une énumération des facteurs de risque, une présentation clinique des symptômes et signes et des autres conditions cliniques à considérer, une section sur les principes de traitement, qui met l'accent sur les mesures non pharmacologiques et sur l'importance de prévenir le développement de la résistance bactérienne, et finalement une description des motifs de consultation.

SUMMARY

Blepharitis

Introduction

In light of the new regulation concerning the drugs that an optometrist can prescribe, and with a view to supporting and harmonizing primary-care health professional practice, the Ordre des optométristes du Québec (OOQ) and the Collège des médecins du Québec (CMQ) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to produce an optimal use guide (OUG) on the treatment of blepharitis. The objective of this report is to present all the data gathered for the purpose of this project and the argument in support of the clinical recommendations that led to the production of the OUG on the treatment of blepharitis, whether acute or chronic or anterior or posterior, to the exclusion of that of viral or parasitic origin.

Methodology

This project was based on the best available scientific data evaluated by the authors of publications containing clinical recommendations and on recent systematic reviews (SRs) concerning the efficacy of treatments for managing blepharitis. These data were enriched with organizational and legislative contextual elements specific to Québec and the experiential knowledge provided by different Québec clinicians and experts who collaborated in this project. The data search strategy was developed in collaboration with a scientific data specialist. The PubMed, Embase and EBM Reviews databases were systematically searched for SRs, and a grey literature search for documents containing recommendations concerning this clinical condition was conducted mainly by consulting the websites of the following agencies, organizations, associations, institutions, and learned societies recognized in the field of ocular health: the Guidelines International Network (G-I-N), the National Guideline Clearinghouse (NGC), the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), the Haute Autorité de Santé (HAS), the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), the Canadian Ophthalmology Society, the Canadian Association of Optometrists, the American Academy of Ophthalmology and the American Optometric Association.

The literature search was limited to items published between January 2012 and July 2017. Only publications in French or English were selected. The reference lists in the publications selected were searched for other relevant items. Documents drafted by Québec associations and professional orders were consulted. Google searches were conducted to locate documents from North American regulatory agencies, including the Food and Drug Administration (FDA) and Health Canada. The official product monographs for Health Canada-approved

antibiotics, corticosteroids and combination drugs (by consulting the electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties e-CPS) were also consulted.

Results

The criteria for evaluating acute blepharitis, localized (hordeolum (stye) or chalazion) or generalized (affecting the entire eyelid), present few challenges, but the chronic nature of blepharitis, its uncertain etiology and the frequent coexistence of other eye diseases can make chronic blepharitis difficult to recognize and treat. Suspicion of blepharitis is based on the patient's history, the examination of the eyes and the surrounding skin, and on the absence of manifestations that could point to another clinical condition. Even if, in the scientific literature in general, there are no criteria for classifying the warning signs and symptoms of blepharitis, contextual and experiential data indicate the importance of providing primary-care health professionals who are not specialized in eye care with a list of warning signs and symptoms that point to corneal involvement, which requires a slit lamp examination by a qualified health professional. He or she has the training and feels comfortable interpreting the biomicroscopic findings yielded by this instrument. In general, this professional is an optometrist or an ophthalmologist.

Nonpharmacological measures constitute the first line of treatment in all cases of blepharitis, whether acute or chronic, before use is made of topical antibiotics, and these measures are used both in adults and children. First-line treatment consists of four such measures. The first one is warm compresses (moist heat) or a heating mask (dry heat). eyelid hygiene with ophthalmic wipes or a mild, dilute soap solution. The third is eyelid massage, mainly in cases of chronic posterior blepharitis. The finger movements are aimed at removing the crust and forcing out the secretions from the meibomian glands. The fourth measure is local hydration, which consists in using artificial tears if the patient with acute or chronic blepharitis is experiencing discomfort.

If, despite being used regularly and optimally, the nonpharmacological measures fail to control the signs and symptoms of acute or chronic blepharitis, consideration may be given to second-line, pharmacological treatment with topical antibiotics, preferably erythromycin. Fusidic acid or polymyxin B (sulfate)-gramicidin is another option that can be used if the patient is intolerant or allergic. This topical treatment is intended for adults only, whereas in children, chronic uncontrolled blepharitis should be managed by an ophthalmologist.

Third-line treatment, which consists of a topical antibiotic plus a topical corticosteroid, is intended only for adults with chronic blepharitis which is not controlled with the use of a topical antibiotic alone and who are at risk for complications, as determined by a slit lamp examination for recognizing if there are any warning signs or symptoms, such as herpetic keratitis. Two of the preferred topical corticosteroids are fluorometholone and loteprednol. As an alternative, topical prednisolone can be applied in addition to a topical antibiotic. If a topical

antibiotic/corticosteroid combination is considered, dexamethasone/tobramycin or prednisolone/sulfacetamide are possible options. Because of the adverse effects of corticosteroids (increase in intraocular pressure and cataract), it is important that the patient be reevaluated within a few weeks after the start of treatment. The follow-up will include a slit lamp examination by a qualified health professional to recognize complications, if any.

To limit the adverse effects of long-term antibiotic use, including the development of bacterial resistance, prescribing a fourth-line treatment with oral antibiotics, namely doxycycline or minocycline, should be reserved for rare cases, such as those involving adults with chronic posterior blepharitis that is not controlled with the verified proper use of the nonpharmacological measures on a regular basis for more than 4 to 6 months and with the use of a topical antibiotic that has not controlled the condition despite the addition of a topical corticosteroid, or when secondary punctiform keratitis is noted.

Conclusion

Chronic blepharitis is an illness for which there is no permanent cure. The symptoms can be reduced, but they are seldom eliminated. To improve the primary care management of patients with this eye problem, which is considered one of the most common, it is important to promote nonpharmacological measures as first-line treatment and to provide information on the warning signs and symptoms that warrant a slit lamp examination by a qualified health professional. To guide primary care health professionals, this OUG contains a definition of both acute and chronic blepharitis, a list of the risk factors, a description of the clinical presentation of the signs and symptoms and of the other clinical conditions that should be considered, a section on the treatment principles, which emphasizes nonpharmacological measures and the importance of preventing the development of bacterial resistance, and, lastly, a description of the reasons for consultation.

INTRODUCTION

Problématique

La blépharite est une inflammation des paupières qui touche les adultes et les enfants [Lindsley *et al.*, 2012] et elle est un des troubles les plus courants observés par les spécialistes des soins oculaires. Comme le mentionne un chapitre du volume *Cornea: Fundamentals, diagnosis and management* [Mand et Eliason, 2017], une étude réalisée aux États-Unis rapporte que 47 % des patients vus par des ophtalmologistes et des optométristes sont atteints de cette condition clinique [Lemp et Nichols, 2009]. Paradoxalement, bien que ce soit un des troubles oculaires les plus courants, son incidence et sa prévalence sont peu documentées [AAO, 2013].

Il existe trois classifications des blépharites dans la littérature : la première selon la durée, soit aiguë ou chronique, la deuxième selon la localisation anatomique et la troisième selon l'étiologie. Malgré ces différences, le traitement demeure sensiblement le même à l'exception de l'usage des antibiotiques oraux : dans ce cas, le type de la blépharite doit être préalablement bien identifié.

Contexte des travaux

Pour permettre une prise en charge plus rapide des patients aux prises avec certains problèmes oculaires courants, dont les blépharites, l'Office des professions du Québec (OPQ), en collaboration avec l'Ordre des optométristes du Québec (OOQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ), a depuis quelques années entamé et complété des travaux sur la modernisation du secteur oculo-visuel. Ces travaux ont mené à un projet de règlement, le Règlement sur les médicaments qu'un optométriste peut administrer et prescrire et sur les soins oculaires qu'il peut dispenser, qui résulte de la fusion de deux règlements antérieurs. Dans ce nouveau projet de règlement, dont l'adoption est attendue pour le printemps 2018, il est prévu que les optométristes pourront prescrire des antibiotiques oraux pour traiter une blépharite si c'est cliniquement justifié. Par souci d'établir les meilleures pratiques possible, l'OOQ et le CMQ ont demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de réaliser un guide d'usage optimal (GUO) des médicaments pour le traitement des blépharites, projet qui a été inscrit au plan triennal d'activités 2016-2019 de l'Institut.

1. MÉTHODOLOGIE

La réalisation de ce GUO est fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles appréciées par les auteurs des documents qui présentent des recommandations cliniques (p. ex. guides de pratique clinique (GPC) et lignes directrices), puis sur des revues systématiques récentes portant sur les thèmes ciblés. L'information a été bonifiée par des éléments de contexte législatif et organisationnel propres au Québec, puis par le savoir expérientiel de différents experts et cliniciens québécois qui ont collaboré aux travaux. La méthodologie appliquée pour collecter l'information et répondre aux questions de recherche respecte les normes de production de l'INESSS. Le détail de la méthodologie est décrit ci-dessous.

1.1. Question d'évaluation

Quelles sont les meilleures modalités de pratique relatives à l'évaluation, la prise en charge et le traitement des blépharites?

1.2. Questions de recherche

Les questions clés de recherche ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PICO : (Population à l'étude, Intervention ou mode d'intervention, Comparateurs, paramètres cliniques (*outcomes*)).

Physiopathologie

1. Comment se définissent les différents types de blépharite?

Facteurs de risque

2. Quels sont les facteurs de risque, documentés par des données probantes, qui sont associés au développement ou à la récurrence des blépharites?

Présentation clinique

3. Quelles sont les principales manifestations cliniques (signes et symptômes) des blépharites?
4. Quelles sont les autres conditions cliniques à considérer avant de conclure à une blépharite?
5. Quels sont les symptômes et signes d'alarme qui requièrent une évaluation à la lampe à fente?

Traitements

6. Quels sont les antibiotiques (sous forme topique et orale) et les corticostéroïdes topiques qui ont l'indication officielle de Santé Canada pour le traitement des blépharites?
7. Quelle est l'efficacité et l'innocuité des antibiotiques sous forme topique/orale, comparativement à un placebo ou à un traitement comparateur, sur la résolution des symptômes, la rémission, la durée de la rémission, les complications, la prévention des récurrences et la survenue d'effets indésirables?
8. Quels sont les avantages associés à l'ajout d'un corticostéroïde topique à un antibiotique topique pour traiter une blépharite concernant la résolution des symptômes, la rémission, la durée de la rémission, les complications, la prévention des récurrences et la survenue d'effets indésirables?

Modalités de pratique

9. Quelles sont les modalités de bonnes pratiques cliniques relatives aux cas de blépharite qui surviennent dans la population adulte et pédiatrique concernant :
 - a. La démarche d'évaluation à suivre pour conclure à une blépharite?
 - b. Les différents traitements (p. ex. mesures non pharmacologiques, antibiotiques et corticostéroïdes sous forme topique et orale), y inclus l'information sur la posologie, la teneur et la durée du traitement?
 - c. Le suivi et les raisons de consultation pour une évaluation à la lampe à fente par un professionnel habilité (principalement optométriste et ophtalmologiste)?

1.3. Stratégie de recherche d'information

1.3.1. Littérature scientifique

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique (bibliothécaire). Une recherche systématique a été effectuée dans les banques de données PubMed, Embase et EBM Reviews. La recherche documentaire s'est limitée aux documents publiés de janvier 2012 à juillet 2017. Uniquement, les publications en français et en anglais ont été retenues. Les bibliographies des publications retenues ont été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents. La stratégie de recherche est disponible à l'annexe A.

1.3.2. Littérature grise

La recherche de la littérature grise a été effectuée en consultant notamment les sites Web des agences, organismes, associations, institutions et sociétés savantes, reconnues dans le domaine ophtalmique, suivants : Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Haute Autorité de Santé (HAS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Société canadienne d'ophtalmologie, Association canadienne des optométristes, Académie américaine d'ophtalmologie et Association américaine d'optométrie. La liste complète des sites consultés est présentée à l'annexe A. Cette recherche manuelle a été effectuée tout au long du projet jusqu'à l'étape de sa publication. Les bibliographies des publications retenues ont été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents. Les publications provenant des différentes directions de l'INESSS, dont les avis d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription, ont été consultées. Les listes de médicaments publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) – établissements et régime public d'assurance médicaments (RPAM) – ont aussi été consultées au début et tout au long des travaux. La septième édition de l'ouvrage de référence *Wills Eye Manual : Office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease* [Bagheri *et al.*, 2016], reconnu dans le domaine, a aussi été consultée.

1.4. Sélection des documents issus de la littérature

La première sélection des documents répertoriés par la recherche de l'information a été effectuée par deux examinateurs (AP, HG); elle est basée sur les titres et résumés des documents, selon les critères de sélection présentés ci-dessous (population, langue, année de publication). La deuxième sélection a été par la suite réalisée de façon indépendante par deux examinateurs (AP, HG); elle est basée sur la lecture complète des documents en fonction de l'ensemble des critères de sélection. Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus. Au besoin, l'avis d'un troisième examinateur (MT) a été nécessaire. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse. Les arguments pour une inclusion ou une exclusion ont été conservés dans un fichier de gestion des références. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des études est présenté à l'annexe B. La liste des études exclues avec les raisons de l'exclusion est présentée à l'annexe C.

Tableau 1. Critères d'inclusion et d'exclusion

CRITÈRES D'INCLUSION	
POPULATION	Population adulte et pédiatrique atteinte d'une blépharite
INTERVENTION	Mesures non pharmacologiques OU antibiothérapie topique seule ou en combinaison avec corticostéroïde OU antibiothérapie orale
COMPARATEUR	Placébo ou autre traitement que celui à l'étude
PARAMÈTRES CLINIQUES (OUTCOMES)	Pour la recherche de documents contenant des recommandations, les thèmes suivants devaient être présents pour que la publication soit retenue : évaluation, démarche clinique, traitements, suivi et critères de consultation du patient vers un professionnel spécialisé → Pour les questions sur l'efficacité et l'innocuité, un des paramètres suivants devait être étudié pour que le document soit retenu : • Rémission de la blépharite • Durée de la rémission • Réduction des symptômes • Prévention des complications • Effets indésirables rapportés • Prévention de la récurrence
TYPES DE PUBLICATION ET DEVIS	Guides de pratique clinique, recommandations cliniques, lignes directrices, consensus d'experts → Pour les questions sur l'efficacité et l'innocuité : revues systématiques avec ou sans méta-analyse
CRITÈRES D'EXCLUSION	
POPULATION	Blépharite causée par un virus comme l'<i>herpès simplex</i> ou un parasite tel que <i>Demodex folliculorum</i> ou <i>Phthirus sp.</i> Étude animale ou modèle <i>in vitro</i>
MILIEU	s.o.
TYPES DE PUBLICATION ET DEVIS	Lettre d'opinion, lettre à l'éditeur, études primaires
ANNÉES	Antérieures à 2012, à moins que le document disponible d'une organisation ciblée n'ait pas été mis à jour.
LANGUE	Autres que le français et l'anglais
QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE/SCIENTIFIQUE	Documents de faible ou très faible qualité, à moins qu'il n'y ait pas de documents de meilleure qualité méthodologique disponibles

s.o. : sans objet

Pour documenter les aspects physiopathologiques, y compris l'étiologie et la localisation anatomique, des revues d'opinions d'experts internationaux repérées lors de la recherche systématique de la littérature ont été retenues.

1.5. Évaluation de la qualité méthodologique des documents issus de la littérature

L'évaluation de la qualité des documents a été effectuée de façon indépendante par deux examinateurs (AP, HG). L'outil d'évaluation AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) [Brouwers *et al.*, 2010] a été utilisé pour évaluer la qualité des documents comportant des lignes directrices.

Les désaccords ont été réglés par consensus. Pour la classification AGREE II dans le cadre de ce projet, les documents de bonne qualité étaient ceux dont le score global (tenant compte des résultats des deux évaluateurs) a été fixé arbitrairement à 75 % ou plus, les documents de qualité modérée ont obtenu un score global entre 50 % à 74 %, les documents de faible qualité un score global entre 25 % et 49 %, et les documents de très faible qualité un score global de moins de 25 %. L'outil d'évaluation R-AMSTAR (*Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews*) [Shea *et al.*, 2007] pour les revues systématiques a été utilisé. Les revues systématiques devaient avoir un score moyen > 75 % pour être considérées de bonne qualité méthodologique, entre 50 et 74 % pour être considérées de qualité méthodologique moyenne, entre 25 et 49 % pour être considérées de faible qualité méthodologique et < 25 pour être considérées de très faible qualité méthodologique. L'évaluation de la qualité méthodologique des recommandations cliniques incluses et l'évaluation de la qualité méthodologiques des RS incluses sont présentée à l'annexe D.

La qualité méthodologique des revues d'opinions d'experts internationaux qui ont présenté de l'information sur les aspects physiopathologiques n'a pas été évaluée.

1.6. Extraction des données issues de la littérature

L'extraction des données issues des documents présentant des recommandations cliniques a été effectuée par un examinateur à l'aide de tableaux d'extraction préétablis précisant, entre autres, l'organisme, les auteurs, l'année de publication, les recommandations et leur force, le niveau de preuve à l'appui, l'argumentaire et les conclusions des auteurs. Ces tableaux ont été testés sur quelques publications afin d'en assurer la validité. Les données extraites ont été validées par un deuxième examinateur. La liste et les caractéristiques des documents retenus pour les questions de recherche 1 à 9 sont présentées à l'annexe E. Les tableaux d'extraction des recommandations cliniques sont disponibles à l'annexe F.

Pour les données issues des RS, des tableaux présentant les caractéristiques des revues se retrouvent à l'annexe E. D'autres tableaux indiquant les résultats par paramètre clinique (*outcome*) sont disponibles à l'annexe G. Ces tableaux ont été testés sur quelques publications afin d'en assurer la validité. Les données extraites ont été validées par un deuxième examinateur.

1.6.1. Analyse et synthèse des données issues de la littérature

Les données concernant les modalités de pratique (évaluation, démarche clinique, prise en charge et suivi) ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative. Les recommandations extraites des documents retenus présentant des recommandations cliniques, appuyées par un niveau de preuve scientifique et l'argumentaire, ont été incluses dans des tableaux pour fins de comparaison et d'analyse, tout comme les résultats tirés des revues systématiques.

1.7. Repérage des données contextuelles et expérientielles à partir des consultations avec les parties prenantes

Un comité consultatif a été mis sur pied afin d'accompagner l'INESSS dans la réalisation de ces travaux. Ce comité avait pour mandat d'accompagner l'équipe de projet afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et pratique, puis l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Les membres experts offrent une rétroaction à différentes étapes du projet.

La composition du comité consultatif a inclus des experts des disciplines suivantes :

- optométrie;
- ophtalmologie, dont un avec une spécialité en pédiatrie;
- médecine d'urgence;
- médecine de famille;
- microbiologie-infectiologie;
- pédiatrie;
- pharmacie;
- sciences infirmières.

Les membres du comité consultatif ont été invités à participer à une série de cinq rencontres afin, dans un premier temps, de partager leur vision des besoins cliniques. Par la suite, ils ont été invités à comparer puis à débattre des données et des recommandations recensées. Ces échanges ont permis de recueillir les données expérientielles et contextuelles nécessaires à l'élaboration des recommandations et de mettre en perspective les aspects scientifiques, cliniques, sociaux et organisationnels. Un avis a été demandé à l'Association

des pédiatres du Québec, laquelle a identifié trois pédiatres-infectiologues de milieux universitaires différents, pour commenter les aspects du GUO portant sur les enfants.

Un comité de suivi, a été mis sur pied afin de cerner les enjeux professionnels et organisationnels dans l'optique de favoriser l'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations proposées par l'Institut. Ce comité était composé des représentants de l'OOQ, du CMQ, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), de l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec (AMOQ) et de l'Association des optométristes du Québec (AOQ). Aucun membre n'a été mandaté par l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

Le comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament (CEC-UOM) a aussi contribué aux travaux en formulant des commentaires et en déterminant des enjeux cliniques et organisationnels. Ce comité a pour mandat d'assurer la justesse des recommandations ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des produits de l'INESSS.

Le comité de gouvernance a aussi été consulté. Ce dernier est composé du président-directeur général de la RAMQ, de la directrice générale de l'OPQ, du secrétaire du CMQ, du sous-ministre adjoint de la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité (DGPPQ) du MSSS, du sous-ministre adjoint de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) du MSSS ainsi que du président-directeur général de l'INESSS. Son mandat a une portée stratégique afin, notamment, de favoriser la mise en œuvre efficace des recommandations et des mesures à privilégier parmi celles proposées par l'INESSS.

1.8. Approche d'intégration de la preuve

Pour chacune des questions de recherche, l'ensemble des données ont été colligées dans un tableau résumant l'énoncé des données scientifiques et le niveau de preuve; une synthèse des données contextuelles et expérientielles relatives à chaque question y a été ajoutée. Une synthèse narrative mettant en parallèle l'ensemble des données et soulignant les éléments de convergence et de divergence a été réalisée.

1.9. Méthode délibérative et de formulation des recommandations

L'élaboration des recommandations a été faite avec le comité consultatif. Ainsi, pour chaque question d'évaluation, un tableau a été présenté au comité consultatif. Il mettait en parallèle : 1) les données scientifiques, les recommandations cliniques issues des documents retenus et l'information provenant des monographies; 2) les données contextuelles; 3) les données

expérientielles; et 4) les constats préliminaires formulés par l'équipe de projet à la suite de l'analyse de l'ensemble de la preuve.

Les membres du comité ont échangé dans un processus délibératif informel sur l'ensemble de la preuve afin de formuler des recommandations initiales en considérant la qualité de la preuve scientifique (niveau de preuve scientifique), l'équilibre entre les avantages et les inconvénients d'une recommandation, les valeurs et les préférences des professionnels et celles des usagers ainsi que l'applicabilité de l'intervention dans le contexte de la pratique. Le processus d'élaboration des recommandations requiert également d'examiner, avec le comité consultatif, les retombées de leur application sur la population cible et les répercussions potentielles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles. Ainsi, le comité a déterminé les éléments nécessaires à l'implantation des recommandations tels que : les différentes options de traitement ou d'intervention, la disponibilité de ces options, la formation du personnel, les coûts pour le patient, etc.

Dans un deuxième temps, les membres du comité consultatif se sont prononcés sur les recommandations finales, soit en délibéré ou par courriel, selon le niveau de divergence des opinions initiales. Les recommandations ont été retenues si elles obtenaient l'approbation d'au moins 80 % des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou la pertinence d'inclure une recommandation, cette dernière a été retirée ou reformulée.

1.10. Validation par les pairs

Le rapport préliminaire des résultats et le GUO ont été envoyés à quatre lecteurs externes (un optométriste et trois ophtalmologistes) afin qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale de ces documents. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement dans le domaine concerné, et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec et milieux de pratique. Leur nom et affiliation sont présentés dans les pages liminaires du présent document. Les commentaires de ces lecteurs externes ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final et le GUO, le cas échéant. Ils sont présentés dans un tableau récapitulatif à l'annexe H.

1.11. Méthode d'élaboration du GUO

Pour aider à élaborer le guide d'usage optimal, les critères PIPOH (Population, Intervention, Professionnels/personnes, Objectifs, lieu d'intervention et *Health Setting and Context* – contexte organisationnel) ont été utilisés. Les membres du comité de suivi et du comité consultatif ont contribué à clarifier les objectifs, les utilisateurs cibles et la portée du GUO (annexe I). En considérant les aspects documentés dans le cadre de ces travaux, les grandes sections du GUO ainsi que leur contenu ont été déterminés avec les membres du comité consultatif. À

partir des recommandations cliniques élaborées et de l'information qu'il était important de diffuser aux cliniciens, laquelle a émané des discussions avec les membres du comité consultatif et du comité de suivi, une version préliminaire a été proposée aux membres du comité consultatif. Ces derniers ont alors été invités à formuler des commentaires et à proposer des modifications selon leur expertise et leur expérience. À la suite de la réception des commentaires, une autre version a été réalisée, sur laquelle les membres ont été invités à se prononcer de nouveau. Une fois obtenu l'accord des membres à au moins 80 % et à la suite de quelques itérations par courriel, le GUO a été présenté aux autres parties prenantes, y inclus les membres du comité de suivi, les lecteurs externes puis les membres du CEC-UOM. Le guide a été retourné par courriel aux membres du comité consultatif lorsque des changements sur le contenu ont été proposés par d'autres parties prenantes, afin de vérifier la pertinence de reformuler ou non les recommandations.

Les photos de divers cas de blépharite, d'orgelet, de chalazion et autres conditions cliniques à considérer ont été recensés dans des documents sélectionnés à partir de la recherche systématique de la littérature, des illustrations accompagnant les GUO sur le traitement des cellulites infectieuses ou de la banque d'images libres de droit Shutterstock®. Les parties prenantes consultées ont été appelées à se prononcer sur leur qualité, leur pertinence et leur utilité en vue de soutenir les utilisateurs du GUO. Pour les photos provenant d'articles scientifiques ou d'ouvrages de référence, les auteurs ont été joints pour obtenir l'autorisation de les utiliser. La source des différentes photos est présentée à l'annexe J.

Afin de s'assurer que la qualité globale du GUO, de la clarté et du caractère exhaustif de l'information présentée, ainsi que de l'applicabilité des recommandations, un sondage en ligne a été effectué au mois de mai 2018 pour recueillir les commentaires de futurs utilisateurs potentiels. Dix-huit d'entre eux, provenant de différentes régions du Québec, de divers milieux et représentant plusieurs types de professionnels de première ligne, incluant des pharmaciens, ont été invités à participer au sondage. Treize professionnels ont répondu dont trois IPSPL, un omnipraticien et neuf optométristes. La liste des participants à ce sondage est présentée dans les pages liminaires du présent document, les questions du sondage et les résultats sont présentés à l'annexe K. Les commentaires de ces futurs utilisateurs ont été analysés et intégrés, le cas échéant, dans le GUO.

2. RÉSULTATS

Afin de répondre aux questions de recherche, une triangulation a été réalisée entre les données de la littérature scientifique, appréciée par les auteurs des documents présentant des recommandations cliniques et des revues systématiques, ainsi que les données contextuelles et expérientielles obtenues lors des échanges avec différentes parties prenantes, dont, principalement, les membres du comité consultatif.

2.1. Sélection, description et qualité des documents retenus

Le processus de sélection des documents qui ont servi à élaborer les recommandations cliniques se trouve à l'annexe B sous la forme d'un diagramme de flux. Les caractéristiques de ces documents sont présentées à l'annexe E. Les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des différents documents retenus sont présentés à l'annexe D. La liste des documents exclus avec les raisons de leur exclusion se trouve à l'annexe C.

En bref, la recherche d'information a permis de répertorier trois documents présentant des recommandations cliniques. Celui de l'American Academy of Ophthalmology [AAO, 2013] a été évalué comme étant de faible qualité méthodologique selon la grille AGREE II, alors que celui de l'American Optometric Association [AOA, 2011] et celui du College of Optometrists de l'Angleterre [2016] ont été jugés de très faible qualité.

Ces trois documents ont notamment servi à collecter de l'information pour bâtir les quatre sections du GUO, soit Généralités, Diagnostic, Principes de traitement et Critères de consultation vers un professionnel habilité. Les recommandations cliniques concernant les mesures non pharmacologiques et les traitements pharmacologiques ont également été utiles pour élaborer celles du GUO, en complément aux revues systématiques répertoriées. Ainsi, quatre revues systématiques portant sur les traitements, publiées par Cochrane, ont été repérées par la recherche systématique de la littérature scientifique [Lindsley *et al.*, 2017; O'Gallagher *et al.*, 2017; O'Gallagher *et al.*, 2016; Lindsley *et al.*, 2012]. Toutefois, comme seulement la revue Cochrane de Lindsley et ses collaborateurs [2012] présentait des résultats, c'est uniquement cette dernière qui a été jugée de bonne qualité méthodologique. Une cinquième revue systématique a également été repérée et elle a été jugée de qualité méthodologique moyenne [Wladis *et al.*, 2016]. Les caractéristiques et les résultats de ces deux revues systématiques sont présentés aux annexes E et G.

D'autres documents, répertoriés à partir de la recherche systématique de la littérature, ont été utilisés pour documenter les aspects physiopathologiques. Par contre, comme ces documents étaient des revues d'opinions d'experts, sans indications sur la méthodologie appliquée, les recommandations sur les traitements n'ont pas été considérées pour élaborer celles du GUO [Milner *et al.*, 2017; Tarff et Behrens, 2017; Suzuki *et al.*, 2015; Medsinghe et Nischal, 2013; Nichols, 2011]. La septième édition de l'ouvrage de référence *Wills Eye Manual : Office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease* a aussi été mise à contribution [Bagheri *et al.*, 2016].

Tableau 2. Liste complète des documents retenus pour élaborer les recommandations cliniques

Auteur (année)	Titre
Recommandations cliniques	
AAO (2013)	<i>Blepharitis. Preferred Practice Pattern Guidelines (PPP)</i>. American Academy of Ophthalmology [AAO, 2013]
AOA (2011)	<i>Care of the patient with ocular surface disorders</i>. American Optometric Association [AOA, 2011]
CO (2016)	<i>Blepharitis (Lid Margin Disease). Clinical Management Guidelines (CMG)</i>. The College of Optometrists [College of Optometrists, 2016]
Revue systématique	
O'Gallagher et al. (2017)	<i>Topical treatments for blepharokeratoconjunctivitis in children (Cochrane Review)</i> [O'Gallagher et al., 2017]
Lindsley et al. (2017)	<i>Non-surgical interventions for acute internal hordeolum (Cochrane Review)</i> [Lindsley et al., 2017]
O'Gallagher et al. (2016)	<i>Systemic treatment for blepharokeratoconjunctivitis in children (Cochrane Review)</i> [O'Gallagher et al., 2016]
Wladis et al. (2016)	<i>Oral antibiotics for meibomian gland-related ocular surface disease: A report by the American Academy of Ophthalmology</i>. Ophthalmic Technology Assessment [Wladis et al., 2016]
Lindsley et al. (2012)	<i>Interventions for chronic blepharitis (Cochrane Review)</i> [Lindsley et al., 2012]

2.2. Physiopathologie

Les paupières sont essentielles au maintien de la santé oculaire en raison de leur fonction de protection, mais aussi de leur contribution à la production et à la dispersion du film lacrymal. Pour l'Association américaine d'optométrie, une blépharite n'est pas un trouble isolé mais plutôt le résultat d'une perturbation de l'équilibre complexe et délicat entre les paupières, le film lacrymal et la surface oculaire. Il y a certaines différences dans la littérature consultée à propos des définitions et de la catégorisation des formes de la blépharite. Cependant, tous s'entendent sur le fait qu'une blépharite est une inflammation des paupières et qu'elle peut être catégorisée selon la durée (forme aiguë ou chronique) ou la localisation anatomique (antérieure ou postérieure).

Lindsley et ses collaborateurs [2012] définissent la blépharite aiguë comme une infection de la paupière d'origine bactérienne, virale ou parasitaire alors que la forme chronique est une inflammation des paupières dont l'étiologie est staphylococcique, séborrhéique ou attribuable à un dysfonctionnement des glandes de Meibomius (DGM). Alors que l'AAO, l'AOA et le CO s'entendent bien sur ces aspects concernant la forme chronique, le CO souligne que, lorsque l'étiologie est staphylococcique, la blépharite peut provenir soit d'une infection directe ou d'une réaction indirecte occasionnée par la sécrétion d'exotoxine bactérienne ou encore d'une réponse allergique à un antigène staphylococcique.

L'AOA définit la blépharite chronique comme une fluctuation des signes et des symptômes qui perdure dans le temps, ce qui rejoint la définition de l'AAO pour qui la blépharite chronique est une condition qui se présente avec des périodes d'exacerbation et des périodes de rémission. Selon les auteurs, une blépharite chronique est une inflammation oculaire qui touche principalement le bord des paupières; elle est une cause courante d'irritation oculaire chronique.

La blépharite aiguë n'est pas abordée dans les trois documents retenus qui présentent des recommandations cliniques (AAO, AOA et CO). Selon les experts consultés, la blépharite aiguë peut être localisée, ou généralisée et diffuse sur l'ensemble des paupières affectées. Une blépharite aiguë localisée peut se manifester sous la forme d'un orgelet. L'orgelet est une des pathologies oculaires les plus courantes [Lindsley *et al.*, 2017]. Il touche généralement les personnes plus jeunes, mais il peut aussi toucher les plus âgées. L'histoire naturelle d'un orgelet interne aigu dure généralement de une à deux semaines; elle commence avec l'apparition de l'abcès et se termine avec son drainage. Lindsley et ses collaborateurs [2017], dans une RS portant sur les interventions non chirurgicales dans le traitement d'un orgelet, soulignent que ce dernier se présente comme un furoncle enflé, rouge et douloureux avec une manifestation aiguë habituellement causée par une infection à staphylocoque. L'inflammation peut être interne, affectant les glandes de Meibomius, ou externe, affectant les glandes de Zeiss. La plupart des cas d'orgelet interne se résorbent d'eux-mêmes et ne sont souvent même pas traités, bien que des récurrences soient fréquentes.

Toutefois, l'inflammation peut se propager à d'autres glandes oculaires ou tissus et causer, par exemple, une cellulite. Si la manifestation aiguë ne se résorbe pas, un orgelet interne peut devenir chronique ou se développer pour devenir un chalazion. Ce dernier se définit, selon des experts consultés, comme un nodule inflammatoire stérile qui se développe généralement à la suite de l'obstruction des glandes de Meibomius ou de Zeiss. La forme généralisée de la blépharite aiguë est souvent un épisode d'exacerbation de la forme chronique, selon les experts.

Il n'y a pas d'ambiguïté concernant la localisation anatomique de la blépharite dans les documents retenus, mais les auteurs n'abordent pas la problématique de santé avec la même profondeur. Pour l'AAO, une blépharite antérieure survient lorsque la peau des paupières est atteinte à la base des follicules des cils, alors qu'elle est postérieure lorsque les glandes de Meibomius et leurs orifices sont touchés. La blépharite antérieure se subdivise entre blépharite staphylococcique et blépharite séborrhéique. L'AOA souligne que la blépharite antérieure amène une perturbation de la sécrétion des lipides, qui peut être amplifiée par l'inflammation. Toutes les formes de la blépharite antérieure peuvent représenter un signe initial d'altération des sécrétions des lipides qui peut entraîner une évaporation prématurée des composants du film lacrymal aqueux. La classification étiologique de l'AOA repose sur celle de Thygeson et différencie la blépharite antérieure en neuf sous-catégories : blépharite antérieure; blépharite à staphylocoque; blépharite séborrhéique; blépharite séborrhéique/staphylococcique; blépharite séborrhéique meibomienne; blépharite séborrhéique avec meibomianite secondaire; kératoconjonctivite meibomienne; blépharite angulaire; et démodicosis. Dans la classification de Thygeson, la blépharite postérieure est présentée en une seule catégorie.

L'AAO souligne que, lorsque le bord arrière de la paupière est atteint (la section qui est en contact avec la cornée et la conjonctive palpébrale ou bulbaire), on est en présence d'une blépharite postérieure. Celle-ci, aussi appelée DGM, touche principalement les glandes qui secrètent des huiles, localisées sur le bord postérieur des paupières. La blépharite postérieure peut mener à une altération du film lacrymal, à des symptômes d'irritation des yeux, à une inflammation cliniquement apparente et à un trouble de la surface oculaire [Nichols, 2011].

Les parties prenantes consultées étaient globalement en accord avec ces concepts, bien que, selon la perception de certains, la distinction entre les différentes manifestations et les glandes concernées n'était pas nécessairement connue de l'ensemble des professionnels de la santé en première ligne, ce qui justifiait l'ajout d'un schéma de l'œil, des divers cas de blépharite ainsi que d'exemples de cas cliniques, le tout illustré par des photos. Concernant la définition de la blépharite antérieure, les membres n'ont pas retenu la définition de l'AOA basée sur celle de Thygeson, et sa classification selon son étiologie a été jugée trop précise pour la majorité des professionnels de la santé en première ligne. La définition retenue est celle-ci : lorsque le bord externe près

des cils est atteint, on parle d'une blépharite antérieure. Celle-ci peut être causée par une réponse inflammatoire au *Staphylococcus aureus* et peut occasionner une obstruction des glandes annexées aux follicules des cils. Selon les experts, on parle de blépharite séborrhéique lorsqu'il y a un dysfonctionnement des glandes de Zeiss annexées aux follicules des cils, qui peut se compliquer d'une surinfection.

Selon l'expérience de certains des experts consultés, la blépharite chronique prédispose aux orgelets et aux chalazions, mais une blépharite aiguë ponctuelle ne cause généralement pas une blépharite chronique. Les orgelets et les chalazions sont fréquemment la raison de consultations en première ligne, y compris dans les pharmacies communautaires, tout comme la blépharite chronique. Dans les hôpitaux spécialisés en pédiatrie, les ophtalmologistes voient souvent des enfants atteints de blépharite. Les optométristes qui travaillent dans des cliniques de santé oculaire verraient très fréquemment des cas de blépharite antérieure et postérieure contrairement aux optométristes qui travaillent dans des bureaux avec une pratique plus générale.

2.3. Facteurs de risque

L'AAO souligne que les conditions dermatologiques associées à la blépharite séborrhéique et à celle causée par un DGM partagent souvent une étiologie et des facteurs prédisposants. Les auteurs rapportent les données d'une étude où, parmi des patients atteints d'une blépharite postérieure, 74 % avaient une dermatite séborrhéique et 51 % une rosacée et que 95 % des patients avec une blépharite séborrhéique avaient aussi une dermatite séborrhéique. On accorde beaucoup d'importance au phénomène « yeux secs » dans les recommandations cliniques tirées des deux documents rédigés par des optométristes (AOA et CO). Selon le CO, les yeux secs sont observés chez 50 % des patients qui présentent une blépharite antérieure à staphylocoque et chez 25 à 40 % des patients atteints d'une blépharite antérieure séborrhéique. Les facteurs de risque énumérés par les trois documents qui présentent des recommandations cliniques sont : yeux secs, conditions dermatologiques, *demodicosis* et rosacée. L'AOA ajoute que la dermite atopique et le psoriasis peuvent se compliquer d'une blépharite.

L'AAO dresse une longue liste de conditions pouvant entraîner une inflammation des paupières : infection bactérienne, infection virale, infection parasitaire, conditions immunologiques, dermatose, tumeur bénigne de la paupière, tumeur maligne de la paupière, traumatisme ou choc et conditions toxiques. L'AOA et le CO rapportent plutôt des conditions aggravantes qui peuvent assécher l'œil et exacerber les signes et symptômes d'une blépharite comme l'usage de mascara et/ou de ligneur (*eyeliner*), l'usage de médicaments dérivés de la vitamine A, par exemple l'isotrétinoïne, le port à long terme de lentilles de contact et l'exposition à la fumée, au vent ou à des allergènes. Toutefois, ces énumérations ne sont

pas appuyées par un fort niveau de preuve scientifique. C'est pourquoi les experts consultés étaient plus ou moins en accord avec elles, d'autant plus que ce ne sont pas des symptômes spécifiques à la blépharite.

Selon les parties prenantes consultées, il est important de distinguer les facteurs de risque avec lesquels l'association à la blépharite est reconnue en se basant sur des données scientifiques. Les facteurs de risque pour lesquels il y a le plus de données démontrant une association de cause à effet sont la rosacée et la dermite séborrhéique. La dermite atopique (eczéma), laquelle est une condition inflammatoire avec des manifestations cutanées et oculaires, est aussi un facteur de risque selon les experts consultés. Le facteur de risque « yeux secs » n'a pas été retenu puisque le fait d'avoir les yeux secs est souvent associé à la blépharite et qu'il est difficile de savoir si l'un est à l'origine de l'autre.

Les conditions aggravantes énumérées par l'AOA et le CO n'ont pas été retenues comme facteurs de risque puisque ce sont plutôt des facteurs qui augmentent la sécheresse de l'œil.

2.4. Présentation clinique

Selon les parties prenantes consultées, la suspicion d'une blépharite repose sur l'histoire du patient, les symptômes, les signes observés à l'examen des yeux et de la peau environnante ainsi que l'absence de manifestation pouvant orienter vers une autre condition clinique. Il n'est pas toujours facile, particulièrement pour les omnipraticiens, les urgentistes, les infirmières et les pharmaciens, de distinguer un type de blépharite d'un autre. En effet, l'AAO et le CO mentionnent qu'il peut y avoir un chevauchement des symptômes entre les atteintes antérieure et postérieure. Comme l'AOA distingue les signes et symptômes en fonction de la classification de Thygeson, qui utilise neuf sous-catégories de blépharite pour décrire la blépharite antérieure, il n'est pas toujours possible de rapporter la synthèse de l'information.

2.4.1. Antécédents à documenter

L'AAO recommande de documenter dans l'histoire du patient si des mesures de pression intraoculaire ont récemment été prises et s'il y a eu des chirurgies oculaires (dont une blépharoplastie) ainsi que des traumatismes ou des blessures – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. Les parties prenantes consultées étaient d'accord pour que le clinicien questionne le patient sur ses antécédents de problèmes oculaires, dermatologiques et de chirurgie oculaire.

2.4.2. Symptômes et signes

L'AAO énumère une série de manifestations concernant les cas de blépharite chronique, mais l'Académie ne discrimine pas entre les symptômes rapportés

par le patient, les signes observés à l'examen de l'œil et les symptômes et signes d'alarme suggérant une atteinte de la cornée. Les signes et symptômes compatibles avec une blépharite chronique sont, selon les auteurs, une rougeur, une irritation, une sensation de brûlure, un larmoiement, une démangeaison, la présence de croûtes dans les cils, la perte de cils, des paupières collées, une vision brouillée ou trouble, une intolérance aux verres de contact, la photophobie et l'augmentation de la fréquence du clignement des yeux [AAO, 2012; AAO, 2010].

Selon l'AAO, les patients avec une blépharite antérieure séborrhéique ou une blépharite postérieure sont généralement plus âgés et ils ont une plus longue histoire de symptômes oculaires (entre 6,5 et 11,6 ans). La présence d'un DGM peut entraîner une modification de la viscosité et de la clarté du film lacrymal et une augmentation de son osmolarité, lesquelles peuvent se traduire par des manifestations de brûlure et de picotement. L'AOA ajoute que l'instabilité du film lacrymal, observée chez certains patients, peut affecter la vision. Le CO mentionne que la blépharite peut être asymptomatique, information également véhiculée par l'AOA qui précise que c'est souvent le cas pour la forme non sévère de la blépharite séborrhéique. Parmi les symptômes énumérés par le CO, il y a la sensation d'inconfort oculaire, de brûlure, de picotement et de douleur. Une légère photophobie peut être signalée par le patient ainsi que des symptômes des yeux secs et une intolérance aux verres de contact.

Selon l'ouvrage de référence *Wills Eye Manual : Office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease* [Bagheri et al., 2016], les symptômes compatibles avec une blépharite sont une démangeaison, une sensation de brûlure, une douleur légère, une sensation de corps étranger, le larmoiement, un érythème des paupières et des croûtes autour des yeux au réveil, ce qui, selon les auteurs, permet de différencier cette condition du syndrome des yeux secs où les symptômes s'amplifient généralement au cours de la journée.

L'AAO précise que le diagnostic d'une blépharite doit aussi reposer sur les résultats de l'examen de l'œil et de ses annexes, notamment par l'utilisation d'une lampe à fente. L'évaluation devrait inclure les aspects pertinents d'un examen exhaustif de l'œil, à savoir la mesure de l'acuité visuelle, l'examen externe de l'œil, des mesures biomicroscopiques et une mesure de la pression intraoculaire – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. L'évaluation biomicroscopique à la lampe à fente doit inclure un examen du film lacrymal, de la marge des paupières antérieure et postérieure, des cils, des conjonctives et de la cornée – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. Les auteurs précisent qu'une blépharite staphylococcique se caractérise par un écaillage et un érythème à la marge des paupières puis la formation de collerettes à la base des cils. Il est précisé qu'une blépharite staphylococcique grave peut entraîner la perte de cils, la cicatrisation des paupières avec trichiasis, une cicatrisation cornéenne puis une néovascularisation. Par ailleurs, une paupière antérieure graisseuse et une

dermite séborrhéique aux sourcils et au cuir chevelu peut suggérer une blépharite séborrhéique, selon l'AAO.

Comme mentionné ci-dessus, l'AOA distingue les signes en fonction de la classification de Thygeson (9 classes de blépharite). Pour les cas de blépharite antérieure, il est souligné qu'en plus d'un gonflement à la marge des paupières des collerettes à la base ou des pellicules ou dépôts graisseux autour des cils ainsi que des ulcérations sur la peau des paupières peuvent également être observés. Un orgelet ou un chalazion peuvent aussi coexister. Le CO ajoute une hyperhémie conjonctivale à cette énumération de même qu'une liste de signes secondaires comme une érosion épithéliale ponctuelle sur le tiers inférieur de la cornée, une kératite marginale, une phlycténulose, une néovascularisation et une conjonctivite papillaire légère.

En ce qui concerne la blépharite postérieure, les principaux signes rapportés par l'AAO sont la présence de vaisseaux sanguins proéminents à la jonction muco-cutanée, un écoulement mousseux le long de la marge des paupières, un engorgement des orifices des glandes de Meibomius, des sécrétions meibomiennes d'un aspect trouble (coton à fromage), un épaissement de la marge des paupières, un trichiasis et un chalazion. L'AOA et le CO ajoutent à cette liste l'observation que les larmes peuvent avoir un aspect d'écume, une hyperhémie conjonctivale et une instabilité du film lacrymal, puis ils énumèrent les mêmes signes secondaires qui ont été décrits pour la blépharite antérieure. Le *Wills Eye Manual* [Bagheri *et al.*, 2016] rapporte sensiblement les mêmes signes.

Selon les parties prenantes consultées, les symptômes compatibles avec une blépharite qui doivent être recherchés par les professionnels de la santé en première ligne, y compris les optométristes, sont les paupières collées au réveil, une gêne oculaire (inconfort-douleur surtout au réveil), une sensation de brûlure, un prurit (démangeaison), un larmoiement et une sensation de corps étranger. Selon leur expérience, une intolérance aux verres de contact et une vision momentanément brouillée peuvent aussi être considérées comme des symptômes compatibles. Toujours selon les parties prenantes consultées, il n'est pas rare qu'un patient n'ait aucun symptôme outre un œil rouge. Généralement, les personnes atteintes de blépharite chronique se plaignent rarement d'une douleur oculaire; c'est plus une irritation, une sensation d'inconfort. Un œil douloureux constitue clairement un symptôme d'alarme.

Pour l'examen des paupières et des annexes, les experts ont retenu certains signes présentés dans les documents sélectionnés : une rougeur, un gonflement ou un épaissement de la paupière, la présence de croûtes à la base des cils, une inflammation des orifices des glandes à la marge des paupières et un nodule ou une bosse dans la région antérieure (orgelet) ou postérieure (chalazion) des paupières. Il est aussi important de vérifier la présence d'une rougeur conjonctivale puis celle de lésions cutanées au visage, qui seraient compatibles avec les facteurs de risque, à savoir la rosacée, la dermite

séborrhéique et la dermite atopique, ainsi que l'absence de vésicules herpétiques au visage.

Les experts et cliniciens consultés ont trouvé important de dresser une liste de symptômes et signes d'alarme qui suggèrent une atteinte cornéenne et dont la présence nécessite une évaluation à la lampe à fente par un professionnel habilité, qui permet de regarder toutes les couches de l'œil et ses annexes. Dans cette perspective, le professionnel habilité est celui qui a reçu une formation et qui se sent à l'aise pour interpréter les résultats biomicroscopiques générés par la lampe à fente. Même si plusieurs professionnels de la santé en première ligne ont reçu une formation pour utiliser la lampe à fente, plusieurs n'ont pas la chance de pratiquer régulièrement, sauf quelques fois par année. Et selon les échanges avec plusieurs parties prenantes consultées, ces personnes ne se sentent pas à l'aise pour interpréter les résultats, par exemple clairement identifier les différents types d'atteinte de la cornée. Dans cette perspective, le professionnel de la santé en première ligne spécialisé en soins oculaires et habilité à utiliser la lampe à fente est principalement l'optométriste, l'ophtalmologiste étant considéré comme un professionnel de deuxième ou de troisième ligne. Cela n'exclut pas que des omnipraticiens, des urgentistes et des IPSPL (infirmières praticiennes spécialisées en première ligne) qui se sentent à l'aise avec l'utilisation de la lampe à fente peuvent faire l'examen de l'œil et repérer des symptômes et signes d'alarme suggérant une atteinte de la cornée, laquelle peut être compatible avec une autre condition clinique aux conséquences graves.

Les signes et symptômes d'alarme à rechercher, qui ont été, pour la majorité, énumérés par l'AAO et le CO, mais sous d'autres appellations, sont : la photophobie (nouvelle ou exacerbée); une baisse de vision/perte d'acuité visuelle; une douleur importante à l'œil ou sur la paupière; une rougeur importante avec hyperhémie conjonctivale diffuse; et une kératite avec captation à la fluorescéine (captation punctiforme inférieure ou ulcération). La présence de ces signes et symptômes d'alarme pourrait alors justifier diriger le patient vers un ophtalmologiste selon le jugement du clinicien qui a fait l'examen et qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement.

2.4.2.1. Autres conditions cliniques

Les autres conditions cliniques à considérer dans l'investigation des symptômes et signes compatibles avec une blépharite antérieure ou postérieure sont peu documentés dans la littérature consultée, sauf dans le document du CO.

Les auteurs dressent une liste qui comprend : une allergie, une dermatoconjunctivite médicamenteuse, une dacryocystite, une infestation parasitaire, une cellulite périorbitaire, une atteinte oculaire à *herpes simplex*, un zona ophtalmique et un carcinome des glandes de Meibomius. Sur ce dernier aspect, l'AAO mentionne que la présence d'un nodule, la perte de cils, des croûtes localisées à l'échelle du derme ou la présence d'un nodule jaune

conjonctival entouré d'une importante inflammation sont des signes compatibles avec une tumeur de la paupière.

Les parties prenantes consultées ont jugé important de donner des repères aux professionnels de la santé en première ligne, dont les pharmaciens communautaires, afin de leur permettre de discriminer entre les différentes manifestations dermatologiques et oculaires pour être en mesure d'orienter le patient vers le bon professionnel selon la gravité de la condition clinique observée. L'ajout d'exemples de cas cliniques dans le GUO, par l'insertion de photos, est selon plusieurs parties prenantes consultées une avenue à envisager pour soutenir la pratique. La majorité des conditions cliniques énumérées par le CO ont semblé appropriées selon les parties prenantes consultées. Toutefois, certaines nuances ont été apportées, de même que la définition de chacune de ces conditions a été élaborée en se basant sur leur connaissance et en harmonie avec celles indiquées dans d'autres GUO de l'INESSS. Une seule condition a été ajoutée à celles du CO, soit la dermite de contact. Cette liste n'est toutefois pas exhaustive et d'autres conditions pourraient y être ajoutées. L'infestation parasitaire, qui fait référence à la blépharite parasitaire, n'a pas été ajoutée même si elle est mentionnée par le CO.

Les conditions cliniques et les définitions retenues sont les suivantes :

Allergies saisonnières : se caractérisent par une rougeur conjonctivale (palpébrale et bulbaire) accompagnée de larmoiement. Les démangeaisons sont le symptôme principal. Souvent accompagnée d'autres symptômes d'allergie telle une rhinorrhée.

Atteintes oculaires à herpès simplex : se caractérisent par la présence de vésicules, papules et pustules de quelques millimètres regroupées sur une base érythémateuse, identiques à celles d'une lésion individuelle de zona, habituellement précédées de picotement au lieu de douleur. Le regroupement de vésicules, papules et pustules qui ne suivent pas un dermatome et peuvent traverser la ligne médiane, ainsi que le caractère récidivant, favorisent le diagnostic.

Carcinome sébacé : se caractérise par une rougeur d'une seule paupière. Souvent accompagnée d'une perte de cils et d'une distorsion de l'anatomie normale.

Cellulite infectieuse périorbitaire : se caractérise par de l'œdème et de l'érythème, l'absence de vésicule et la présence de douleur périorbitaire.

Conjonctivite : se caractérise par une rougeur conjonctivale diffuse (palpébrale et bulbaire). Lorsque virale, elle se présente souvent dans un contexte d'infection des voies respiratoires. Elle cause un larmoiement clair. Une adénopathie pré-auriculaire est souvent présente. Lorsque bactérienne, elle s'accompagne de sécrétions purulentes.

Dacryocystite : se caractérise par un œdème et érythème localisés à l'angle interne (entre l'œil et le nez) et souvent accompagné de larmoiement.

Dermite de contact : se caractérise par un œdème souvent prurigineux et non douloureux. Présence de desquamation ou de microvésicules qui peuvent confluer pour former des bulles. La forme de la zone atteinte est très bien délimitée et elle correspond à l'endroit où il y a eu un contact.

Dermite médicamenteuse provoquée par l'usage de gouttes ophtalmiques : se caractérise par un eczéma des paupières avec peau cartonnée et desquamation. Il y a souvent une rougeur conjonctivale diffuse concomitante.

Zona ophtalmique : se caractérise par l'apparition de taches érythémateuses le long d'un dermatome suivant la branche ophtalmique du cinquième nerf crânien, précédée de douleur importante quelques jours avant. Sur ces taches érythémateuses se développent des vésicules regroupées de 2 à 3 mm, qui progressent rapidement en pustules puis en croûtes. Ces lésions sont d'âge différent, elles ne dépassent généralement pas la ligne médiane, ne touchent pas la paupière inférieure, et leur guérison complète prend plusieurs semaines.

2.4.3. Tests diagnostiques

Pour l'AAO, il n'y a pas de test diagnostique spécifique pour diagnostiquer la blépharite. Une culture à partir d'un échantillon prélevé à la marge des paupières affectées peut parfois être indiquée chez des patients atteints d'une blépharite antérieure chronique avec une inflammation sévère et qui ne répondent pas au traitement antibiotique – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. Les auteurs soulignent aussi que la culture d'un échantillon provenant de la conjonctive peut être appropriée dans certains cas – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve.

Or, la culture d'échantillon dans ce contexte clinique n'est pas une pratique courante au Québec selon les optométristes et les ophtalmologistes consultés. Aucune recommandation sur cet aspect n'a été élaborée.

2.5. Principes de traitement

2.5.1. Traitement de première intention – Mesures non pharmacologiques

La blépharite est généralement une maladie chronique qui ne peut être guérie de manière permanente, et la réussite thérapeutique dépend de l'observance des mesures non pharmacologiques par le patient. Dans son document, l'AAO recommande aux ophtalmologistes d'expliquer aux patients l'importance des mesures non pharmacologiques – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. Les patients doivent aussi être informés que le traitement

non pharmacologique par les compresses chaudes et l'hygiène des paupières pourraient être requis à long terme – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte – puis que les symptômes peuvent diminuer mais qu'ils sont rarement éliminés – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. L'AAO recommande dans un premier temps que le patient utilise des compresses chaudes et nettoie ses paupières – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve.

Pour l'AOA, il n'existe actuellement aucune mesure prophylactique qui permettrait de contrôler les conséquences des blépharites. Les traitements visent à réduire la gravité de l'inflammation. L'hygiène des paupières, qui consiste à appliquer des compresses chaudes et à nettoyer les paupières, est la base du traitement pour toutes les formes de blépharite. L'AOA souligne que les optométristes sont fréquemment exposés aux enjeux cliniques des troubles de la surface oculaire et que, dans cette perspective, l'éducation des patients concernant la sécheresse des yeux et la blépharite est l'élément clé pour réussir à contrôler cette pathologie oculaire.

Pour le CO, l'éradication complète de la blépharite chronique, antérieure et postérieure, n'est peut-être pas possible, mais l'observance à long terme des mesures non pharmacologiques devrait réduire les symptômes ainsi que le nombre et la gravité des rechutes. Le traitement de base pour tous les types de blépharite est l'hygiène des paupières qui consiste à appliquer des compresses chaudes, à faire les massages des paupières et à nettoyer celles-ci.

Selon la RS Cochrane (2012), il n'y a pas de données solides permettant d'établir qu'un traitement existe pour guérir la blépharite. Par ailleurs, les mesures non pharmacologiques peuvent soulager les symptômes dans les cas de blépharite chronique, antérieure et postérieure; toutefois, il n'a pas été démontré que ces mesures guérissent la condition. Lindsley et ses collaborateurs [2012] considèrent que les mesures non pharmacologiques mènent à la diminution des signes et symptômes pour la grande majorité des participants aux études, et ce, sans aucun effet indésirable. Toutefois, les mêmes auteurs estiment qu'il existe possiblement un enjeu d'observance de la pratique quotidienne à long terme concernant l'utilisation de mesures non pharmacologiques comme l'hygiène des paupières.

Les trois recommandations cliniques retenues ainsi que la RS Cochrane s'entendent pour affirmer que la blépharite est une maladie chronique qui ne peut être guérie de manière permanente et que les mesures non pharmacologiques sont le traitement de base.

En accord avec les données fournies par les trois recommandations cliniques retenues et la RS Cochrane (2012), les parties prenantes ont souligné l'importance des mesures non pharmacologiques dans le traitement des blépharites, qu'elles soient aiguë ou chronique, antérieure ou postérieure. Les membres ont proposé comme énoncé de base pour la section sur les

principes de traitement l'information suivante : Les blépharites chroniques, antérieure et postérieure, se traitent de la même façon : les mesures non pharmacologiques doivent être poursuivies à long terme, souvent à vie, sur une base régulière pour contrôler la réapparition des symptômes.

Contrairement aux données sur les mesures non pharmacologiques en général, indiquées ci-dessus, les données concernant la durée et la fréquence spécifiques pour le traitement de base – compresses chaudes, hygiène des paupières, massage et hydratation locale – sont beaucoup moins solides. L'AAO présente huit recommandations (avec réserve) qui, à l'exception d'une seule, sont basées sur des études avec un niveau de preuve scientifique faible (III).

2.5.1.1. Compresses chaudes

L'AAO recommande dans un premier temps que le patient utilise des compresses chaudes et nettoie ses paupières – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. Dans sa recommandation relative aux compresses chaudes, l'AAO fournit peu d'information particulière sur la fréquence et la durée. Il est mentionné que des compresses chaudes devraient être appliquées sur les paupières affectées pendant plusieurs minutes pour ramollir les amas de pellicules ou de peau morte et faire sortir les sécrétions des glandes de Meibomius – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve.

Il n'est pas possible de rapporter des résultats provenant de l'AOA, car cette association considère que chacun des neuf cas de blépharite identifiés par la classification de Thygeson constitue une condition séparée. Dans cette perspective, l'AOA fournit de l'information propre à chacune des neuf conditions, ce qui rend impossible de rapporter des résultats dans notre démonstration.

Le CO fournit de l'information plus spécifique. Les compresses chaudes servent à ramollir les collerettes et les croûtes dans les cas de blépharite antérieure et à faire fondre le meibum dans ceux de blépharite postérieure (2 à 4 fois par jour pendant 5 à 10 minutes).

Sans pouvoir s'appuyer sur l'AAO qui ne fournit aucune donnée spécifique et en appui au CO, dans le but de favoriser l'usage des mesures non pharmacologiques, les membres du comité consultatif se sont entendus sur des renseignements spécifiques pour soutenir les cliniciens relativement aux conseils à donner aux patients. Concernant l'efficacité des compresses chaudes, les membres du comité consultatif ont spécifié le degré de chaleur, soit environ 40 à 45 °C, pour permettre que la compresse reste chaude suffisamment longtemps. La durée minimale doit être de 5 à 10 minutes; la fréquence dans les cas de blépharite aiguë est de 2 à 4 fois par jour et, pour les blépharites chroniques, 1 fois par jour tous les jours. Il a également été proposé de privilégier la chaleur sèche ou le masque chauffant parce qu'il est plus facile à utiliser que les compresses d'eau chaude et facilite ainsi l'observance chez

l'adulte. Toutefois, il est très important de spécifier que, pour les enfants, il ne faut pas employer de chaleur sèche afin d'éviter les brûlures, conséquence de l'utilisation de masque chauffant qui est parfois constatée à l'urgence.

2.5.1.2. Hygiène des paupières

L'AAO recommande, pour les patients avec une blépharite chronique, une hygiène des paupières plusieurs fois par jour ou par semaine – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. L'Académie recommande que le patient applique un shampoing doux à la marge des paupières, près des cils, en donnant l'exemple d'un shampoing pour bébé ou d'une lingette ophtalmique commercialisée – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve.

Comme mentionné plus haut, selon l'AOA, il n'est pas possible de rapporter des résultats. Pour le CO, l'hygiène des paupières, qui permet d'enlever les bactéries et autres dépôts qui se trouvent sur le bord de la paupière et d'expulser mécaniquement les sécrétions des glandes de Meibomius, conduit à la réduction des signes et des symptômes chez la majorité des individus. Toujours sur le sujet de l'hygiène des paupières, le CO présente une recommandation avec un niveau de preuve scientifique. L'utilisation de shampoing pour bébé avec la dilution 1 :10 sur un coton-tige permet au patient de nettoyer le bord de ses paupières. L'utilisation de produits commerciaux comme des lingettes ophtalmiques est aussi recommandée. Effectuer deux fois par jour au début, puis réduire à une fois par jour suivant l'amélioration de la condition. Utiliser une pression ferme de manière à permettre l'expulsion des sécrétions qui se trouvent dans les glandes – niveau de preuve scientifique modéré, recommandation forte.

Le CO recommande également l'usage d'un antibiotique topique pour traiter les blépharites chroniques, en donnant l'exemple du chloramphénicol, à raison de deux fois par jour – niveau de preuve scientifique faible, recommandation faible.

Tout comme l'AAO et le CO, les membres du comité consultatif n'ont pas pris position sur l'utilisation de lingettes ophtalmiques plutôt que d'un savon doux dilué (1/10), comme un shampoing pour bébé, et ce, malgré la publication récente d'une étude portant sur des participants atteints d'une blépharite chronique. Cette étude rapporte des résultats qui montrent l'avantage des lingettes ophtalmiques quant à la résolution de l'inflammation comparativement au shampoing pour bébé dilué [Sung *et al.*, 2018]. Les résultats de cette étude portant sur 43 participants, avec une application 2 fois par jour et un suivi de 4 semaines, n'étaient pas suffisamment solides pour recommander un nettoyant plutôt qu'un autre, surtout avec la préoccupation que certains patients n'ont pas les moyens financiers de se procurer les lingettes pour une utilisation quotidienne à long terme. Selon la majorité des experts consultés, et en accord avec les résultats de l'étude, les deux produits sont efficaces pour obtenir une amélioration clinique.

En ce qui concerne les blépharites chroniques, les membres ont recommandé d'effectuer l'hygiène des paupières tous les jours, sans mentionner combien de fois par jour. Et, encore une fois, pour favoriser l'usage des mesures non pharmacologiques et dans un souci d'efficacité pour les professionnels de la santé en première ligne, les membres ont fourni de l'information spécifique. Dans le cas d'une blépharite aiguë avec ou sans orgelet, l'hygiène des paupières s'effectue pendant 3 à 4 jours ou jusqu'à disparition des symptômes; et dans le cas de la blépharite avec chalazion, pendant plusieurs semaines à plusieurs mois ou jusqu'à disparition complète du chalazion.

2.5.1.3. Massage des paupières

L'AAO mentionne dans son document que le massage des paupières peut accompagner le nettoyage de ces dernières dans un cas de blépharite chronique – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. Ce massage peut être fait une à deux fois par jour, si nécessaire. L'AAO indique que l'opération devrait être faite en massant verticalement la paupière pour faire sortir les sécrétions. Le frottement des bords de la paupière d'un côté à l'autre permet d'enlever la croûte des cils. Comme mentionné plus haut, selon l'AOA, il n'est pas possible de rapporter des résultats. Et le CO ne fournit aucune recommandation particulière concernant le massage des paupières.

Conformément aux recommandations de l'AAO, il était utile de mentionner, selon les parties prenantes consultées, que le massage des paupières concerne surtout la blépharite chronique postérieure et que la fréquence est d'une fois par jour. Et toujours dans un souci d'efficacité pour les professionnels de la santé en première ligne, les membres ont fourni de l'information spécifique. Le massage a été décrit comme un mouvement des doigts vers le bord libre de la paupière pour faire sortir les sécrétions des glandes de Meibomius ou mouvement de va-et-vient latéral sur les rebords des paupières fermées pour enlever les croûtes.

2.5.1.4. Hydratation locale

En excluant les recommandations cliniques de l'AOA dont on ne peut tenir compte dans cette section, parmi les documents retenus, seul celui de l'AAO suggère l'usage de larmes artificielles. Pour l'AAO, parce que plusieurs patients atteints d'une blépharite chronique composent souvent avec une déficience ou une instabilité du film lacrymal, les larmes artificielles peuvent réduire les symptômes lorsqu'elles sont ajoutées aux mesures non pharmacologiques et au traitement pharmacologique – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. Cependant, l'AAO fait une mise en garde : si les larmes artificielles sont utilisées plus de quatre fois par jour, employer celles sans agent de conservation en raison de la toxicité attribuable aux agents de conservation – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve.

Les parties prenantes consultées étaient d'accord : l'usage de larmes artificielles peut apporter des avantages pour un patient qui se présente avec des symptômes et des signes cliniques compatibles avec une blépharite aiguë ou chronique et qui manifeste une sensation d'inconfort oculaire. Elles étaient également en accord avec la mise en garde de l'AAO concernant l'usage de larmes artificielles sans agent de conservation si un usage sur une base à long terme plus de quatre fois par jour était envisagé, pour éviter une détérioration de la condition clinique.

2.5.2. Traitement de deuxième intention

Tout en précisant que la première étape demeure l'application des mesures non pharmacologiques faite sur une base régulière, l'AAO recommande, en se basant sur la RS de Lindsley [2012], l'usage d'antibiotiques topiques pour le traitement des blépharites chroniques, qu'elles soient antérieure ou postérieure – niveau de preuve scientifique élevé (I+), recommandation forte (en faveur). L'intention thérapeutique est d'éliminer les bactéries responsables de l'inflammation. Selon le CO, les antibiotiques topiques peuvent être utiles dans les cas de blépharite antérieure à staphylocoque ou séborrhéique si ces atteintes ne sont pas contrôlées par des mesures non pharmacologiques.

Les membres du comité consultatif étaient en accord avec l'usage d'un antibiotique topique lorsque les mesures non pharmacologiques ne permettent pas de contrôler la blépharite aiguë ou chronique. Toutefois, il a été précisé que l'adhésion aux mesures non pharmacologiques devait être vérifiée, tout comme l'optimisation de l'application de compresses chaudes, l'hygiène des paupières et de la technique de massage avant de prescrire ce type de traitement. Souvent, les patients atteints d'une blépharite chronique se fatiguent d'une pratique quotidienne. C'est alors que l'observance des mesures non pharmacologiques devient un enjeu très important. Il a également été souligné

que, chez l'enfant, la prise en charge d'une blépharite chronique non contrôlée par les mesures non pharmacologiques devrait être faite par un ophtalmologiste.

2.5.2.1. Efficacité

La RS de Lindsley [2012] présente des résultats sur l'efficacité des antimicrobiens topiques dans le traitement de la blépharite antérieure. Cette RS a inclus 4 études qui ont comparé l'efficacité d'un agent antimicrobien (3 études avec un antiseptique [onguent d'oxide mercurique ou bibrocatol] et 1 étude avec un antibiotique [gentamycine avec ou sans béthaméthasone]) à un placebo. Les auteurs concluent que l'usage d'un antimicrobien topique représente un avantage comparativement au placebo appliqué pendant 7 jours (DM = - 0,76, IC [- 1,30, - 0,23]). Les auteurs mentionnent que l'effet est fortement influencé par une étude qui a comparé un antiseptique au placebo. Les résultats de l'étude qui a comparé la gentamycine au placebo ont démontré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes quant à la résolution des symptômes. Toutefois, un plus grand nombre de récives ont été observées dans le groupe placebo après six semaines [Jackson *et al.*, 1982]. Aucune autre étude sur le sujet n'a été repérée par la recherche systématique de la littérature réalisée dans le cadre des présents travaux.

La RS de Lindsley a aussi inclus trois essais cliniques qui ont comparé l'efficacité et l'innocuité de la solution ophtalmique de ciprofloxacine à d'autres antibiotiques topiques (acide fusidique ou tobramycine) dans le traitement de la blépharite antérieure. Les résultats de la méta-analyse ont démontré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la ciprofloxacine et l'acide fusidique, ou la tobramycine, après sept jours de traitement (RR = 0,98, IC [0,88,1,09]). La recherche systématique de la littérature réalisée dans le cadre des présents travaux n'a pas permis de repérer de nouvelles études.

La RS a aussi analysé l'efficacité des antibiotiques topiques pour le traitement de la blépharite postérieure. Une seule étude (N = 21) a été incluse où une solution ophtalmique d'azithromycine était comparée à des compresses chaudes. Ses auteurs rapportent qu'il y a plus de patients, dans le groupe recevant l'antibiotique, pour qui les symptômes ont été résolus (RR = 3,67, IC [0,96, 13,95]), mais la différence n'était pas statistiquement significative. Cependant, lorsque les résultats cliniques totaux sont analysés, une différence de moyenne statistiquement significative en faveur de l'azithromycine a été observée (DM = - 6,20, IC [- 7,18, - 5,22]). La recherche systématique de la littérature réalisée dans le cadre des présents travaux n'a pas permis de trouver de nouvelles études pour appuyer ou non ces résultats.

2.5.2.2. Innocuité

Outre le fait que l'application d'un onguent dans l'œil ou sur le rebord des paupières peut être désagréable (picotement, sensation de corps étranger ou de

brûlure passagère, démangeaison) et mener à une irritation locale, peu d'effets indésirables associés à l'usage des antibiotiques topiques sont rapportés dans les études et les monographies, un fait également souligné par les parties prenantes consultées. Bien que la littérature sur les effets de l'usage des antibiotiques topiques sur le développement de la résistance bactérienne soit peu abondante, il est plausible de croire à une association. Pour limiter le développement de la résistance aux antibiotiques, l'AAO mentionne que le traitement topique peut être répété sur une base intermittente en alternant avec des antibiotiques qui ont différents mécanismes d'action – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve.

2.5.2.3. Options de traitement, dosage, fréquence et durée

En se basant en partie sur la RS de Lindsley [2012], l'AAO mentionne que la bacitracine ou l'érythromycine peuvent être prescrites et appliquées sur la marge des paupières une ou plusieurs fois par jour, ou au coucher, pendant quelques semaines – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. La fréquence et la durée du traitement topique devraient dépendre de la réponse au traitement et de la gravité de la condition clinique. L'AOA ne fournit pas d'information particulière sur le dosage, la fréquence et la durée. Pour sa part, le CO recommande également l'usage d'un antibiotique topique pour traiter la blépharite chronique, en donnant l'exemple du chloramphénicol à raison de deux fois par jour – niveau de preuve scientifique faible, recommandation faible.

Au Québec, les antibiotiques topiques (en onguent ou en gouttes) disponibles sont : l'érythromycine, l'acide fusidique, le sulfate de polymyxine B - gramicidine, la ciprofloxacine, l'ofloxacine, la tobramycine ainsi que la bacitracine, celle-ci étant disponible en préparation magistrale uniquement. La bactérie *staphylococcus aureus* est sensible à tous ces antibiotiques.

Seul le sulfate de polymyxine B - gramicidine est disponible en vente libre. L'azithromycine, le chloramphénicol et la gentamycine, en onguent ou en gouttes, ne sont pas disponibles au Québec (ou leur distribution a été discontinuée).

La monographie de l'érythromycine indique qu'un ruban de 1 cm peut être appliqué sur la zone affectée jusqu'à six fois par jour, sans mentionner la durée du traitement. Concernant l'acide fusidique, la monographie mentionne qu'une goutte deux fois par jour pendant sept jours peut être appliquée chez les personnes âgées de deux ans et plus. Pour le sulfate de polymyxine B - gramicidine, il est indiqué d'appliquer une à deux gouttes quatre fois par jour pendant sept à dix jours. Pour la tobramycine, une ou deux gouttes quatre fois par jour pendant cinq jours; dans les cas graves : deux gouttes une fois par heure au début, puis diminuer au fur et à mesure que l'infection se résorbe; pour l'onguent : appliquer une bande dans l'œil affecté deux ou trois fois par jour; dans les cas graves : toutes les trois ou quatre heures jusqu'à l'obtention d'une amélioration; procéder alors à une diminution de la dose avant d'arrêter le

traitement chez les personnes âgées de plus de un an. La monographie de la ciprofloxacine 0,3 % ne fournit pas cette information. Les renseignements relatifs à l'ofloxacine ne sont pas disponibles.

Pour les membres du comité consultatif, l'érythromycine 0,5 %, comme le recommande l'AAO, est le traitement à privilégier. Par contre, il a été proposé d'appliquer une bande sur l'œil affecté ou sur le rebord de la paupière une fois par jour au coucher pendant quatre semaines. Cette fréquence et durée diffèrent de celles trouvées dans la monographie, qui correspondent à l'indication officielle pour laquelle l'antibiotique topique a reçu son homologation. Toutefois, selon les optométristes et ophtalmologistes consultés, la fréquence et la durée proposées dans le GUO sont suffisantes lorsqu'un traitement de deuxième intention est envisagé, tout en continuant l'application des mesures non pharmacologiques.

Bien que l'AAO recommande la bacitracine, cette option ne devrait pas être préconisée dans un guide d'usage optimal de l'INESSS, selon les membres, puisque peu de pharmacies au Québec servent des préparations magistrales.

Disponible en vente libre, le sulfate de polymyxine B - gramicidine est une option que le pharmacien peut proposer à un patient qui se présente avec des symptômes compatibles avec ceux d'une blépharite, en attendant une consultation avec un autre professionnel de la santé en mesure d'évaluer la condition clinique. Toutefois, selon certaines parties prenantes consultées, cet antibiotique, disponible en vente libre, est assez fréquemment associé à une dermite de contact allergique. Comme les symptômes de la blépharite sont non spécifiques, l'utilisation non optimale d'un antibiotique topique peut également entraîner une toxicité épithéliale pour la cornée.

Par ailleurs, cet antibiotique topique ainsi que l'acide fusidique 1 % représentent des options pour les prescripteurs lorsque le patient a un antécédent de réaction allergique ou une intolérance à l'érythromycine, situations plutôt rares selon les membres du comité consultatif. Dans un tel cas, l'application d'une goutte ou d'une bande sur l'œil affecté ou le rebord de la paupière, une fois par jour au coucher pendant quatre semaines, est recommandée par les parties prenantes consultées.

En raison de la disponibilité de meilleures options de traitement en termes de spectre bactérien, ainsi que du risque associé au développement de la résistance, les solutions ophtalmiques de fluoroquinolones, telles que la ciprofloxacine (gouttes et onguent 0,3 %) et l'ofloxacine (gouttes 0,3 %), ne devraient pas être prescrites pour un traitement de première intention par les professionnels de la santé en première ligne. Ces options de traitement sont utilisées par les ophtalmologistes en dernier recours. Enfin, la tobramycine seule est à éviter pour le traitement des blépharites selon les experts consultés, puisqu'elle est irritante pour la cornée et peut détériorer la condition clinique si elle est utilisée pendant plusieurs jours à défaut d'un anti-inflammatoire topique.

2.5.3. Traitement pharmacologique de troisième intention

L'inflammation joue un rôle important dans plusieurs problèmes de santé oculaire, dont les cas de blépharite. Les corticostéroïdes topiques sont généralement indiqués pour le traitement des affections inflammatoires de la conjonctive palpébrale et bulbaire, de la cornée et du segment antérieur du globe oculaire, lorsque le risque inhérent à leur emploi dans certains cas de conjunctivite infectieuse est accepté pour obtenir une diminution de l'œdème et de l'inflammation. Ils sont également indiqués dans les cas d'uvéite antérieure chronique et de lésion cornéenne causés par des produits chimiques, des radiations, des brûlures thermiques ou la pénétration de corps étrangers.

L'AAO et l'AOA mentionnent que l'usage d'un corticostéroïde topique (onguent ou goutte) peut être utile dans la prise en charge d'une blépharite en vue de réduire l'inflammation oculaire. Le CO ne fournit pas d'information sur l'usage des corticostéroïdes topiques. Selon les discussions avec les parties prenantes consultées, les corticostéroïdes topiques sont parfois utilisés par les optométristes et les ophtalmologistes pour traiter une blépharite chronique non contrôlée par les mesures non pharmacologiques et par un antibiotique topique, lorsqu'il y a présence de symptômes et de signes d'alarme. L'absence de réponse à ces interventions requiert par contre de reconsidérer la condition clinique pour s'assurer de l'absence d'autres pathologies. L'AAO mentionne dans son document que la présence d'un nodule, la perte de cils, des croûtes localisées à l'échelle du derme ou d'un nodule jaune conjonctival entouré d'une importante inflammation sont des signes compatibles avec une tumeur de la paupière. Lors de telles manifestations cliniques, il est important de diriger le patient vers un ophtalmologiste. Si les symptômes et les signes sont toujours compatibles avec une blépharite chronique récalcitrante, l'ajout d'un corticostéroïde topique peut alors être envisagé. Cependant, avant la prescription d'un tel agent, une évaluation à la lampe à fente par un professionnel habilité est requise pour s'assurer de l'absence d'une kératite herpétique qui, selon la monographie, est une contre-indication à l'utilisation d'un corticostéroïde topique. Il est aussi important de faire une mise en garde contre l'usage d'un corticostéroïde topique lorsque le patient a un antécédent de kératite herpétique puisque son administration peut réactiver l'infection. Dans un tel contexte, seul un ophtalmologiste devrait pouvoir prescrire ces agents à la suite d'une investigation et après avoir établi un diagnostic médical.

2.5.3.1. Efficacité

La RS de Lindsley [2012] présente des résultats sur l'efficacité des corticostéroïdes topiques dans le traitement de la blépharite antérieure. Deux études qui ont comparé l'efficacité de la bétaméthasone à celle d'un placebo ou de la gentamicine ont été incluses dans la RS. Les deux études n'ont rapporté aucune différence statistiquement significative entre le groupe qui a reçu la

bétaméthasone et celui qui a reçu le placebo ou la gentamycine. Aucune étude sur les cas de blépharite postérieure comparant un corticostéroïde topique seul à un placebo n'a été incluse dans la RS. La recherche systématique de la littérature réalisée dans le cadre des présents travaux n'a pas permis de repérer de nouvelles études pour ces contextes cliniques.

Trois études qui ont comparé une combinaison d'antibiotique et de corticostéroïde topique (gentamicine + bétaméthasone) à un placebo dans le traitement de la blépharite antérieure ont été incluses dans la RS de Lindsley [2012]. Deux des trois études ont conclu à des différences non statistiquement significatives entre les deux groupes malgré une tendance en faveur de la combinaison, alors que la troisième a rapporté des résultats statistiquement significatifs. Quatre études comparant l'efficacité de la combinaison (gentamicine + bétaméthasone OU sulfacétamide + prednisolone) à l'usage de l'antibiotique topique seul ont été incluses dans la RS. Deux des quatre études ont rapporté des résultats statistiquement significatifs en faveur de la combinaison, alors que les deux autres ont observé une tendance favorable mais non statistiquement significative. Dans les deux cas de figure, Lindsley et ses collaborateurs [2012] n'ont pas été en mesure d'effectuer une méta-analyse puisque les données étaient insuffisantes. La RS ne présente pas de résultats sur l'efficacité de la combinaison dans le traitement de la blépharite postérieure. Aucune autre étude n'a été repérée par la recherche systématique de la littérature réalisée dans le cadre des présents travaux.

2.5.3.2. Innocuité

Lindsley et ses collaborateurs [2012] mentionnent dans la RS que l'usage à long terme de corticostéroïdes topiques ne devrait pas être recommandé en raison des effets indésirables associés comme le développement d'un glaucome et la formation de cataractes. Les monographies indiquent que, parmi les effets indésirables les plus fréquents, on trouve des infections fongiques de la cornée, une augmentation de la pression intraoculaire, en particulier chez les personnes qui ont des antécédents personnels ou familiaux de glaucome, et des douleurs oculaires. L'AAO, qui ne fournit pas d'évaluation de la qualité scientifique, souligne que la fluorométholone, avec une pénétration oculaire limitée, et le lotéprednol, qui est un corticostéroïde avec un site spécifique, auraient moins tendance à faire augmenter la pression intraoculaire et à influencer sur la formation de cataractes. La bétaméthasone et la dexaméthasone sont les agents les plus risqués.

Lorsqu'il est prescrit, l'AAO recommande une réévaluation à l'intérieur de quelques semaines d'usage d'un corticostéroïde topique pour vérifier la réponse au traitement et l'adhésion, puis de mesurer la pression intraoculaire – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. Il est mentionné par les auteurs que le patient devrait être informé du risque d'effets indésirables, dont l'augmentation de la pression intraoculaire et le développement de cataractes –

niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. L'AOA et le CO ne fournissent pas d'information sur les effets indésirables de l'usage des corticostéroïdes topiques et sur le suivi qui doit être effectué.

Les parties prenantes consultées ont appuyé les recommandations de l'AAO. Selon elles, il devrait y avoir un suivi régulier, y compris une évaluation à la lampe à fente par un professionnel habilité, pendant la période où le patient utilise un corticostéroïde topique, et cela afin de repérer les éventuelles complications.

2.5.3.3. Option de traitement, dosage, fréquence et durée

En se basant en partie sur la RS de Lindsley [2012], l'AAO formule une recommandation en faveur de l'usage de la combinaison d'un antibiotique topique et d'un corticostéroïde topique pour traiter une blépharite chronique – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. L'application de cet agent doit par contre être faite pendant une brève période en utilisant la plus petite dose possible pour éviter les effets indésirables à risque de complication – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. L'AAO ne recommande pas d'agent en particulier, mais ceux qui ont le meilleur profil d'innocuité et sont plus spécifiques devraient être privilégiés comme le lotéprednol et le fluorométholone, ce dernier ayant une pénétration oculaire limitée, selon les auteurs.

L'AAO mentionne également que la combinaison tobramycine/dexaméthasone peut être appliquée plusieurs fois par jour sur les paupières (onguent) ou à la surface oculaire (gouttes). Une fois l'inflammation contrôlée, la posologie pourrait être diminuée puis le traitement cessé ou utilisé par intermittence, selon le degré de « confort » du patient – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. L'AAO ne précise aucune posologie, fréquence et durée particulières. L'AOA et le CO ne proposent aucune combinaison.

Au Québec, les corticostéroïdes topiques (en onguent ou en gouttes) disponibles sont : le fluorométholone, le lotéprednol, la prednisolone, la dexaméthasone, le difluprédnate et la rimexolone. Les combinaisons (antibiotique + corticostéroïde) disponibles au Québec sont la dexaméthasone avec la tobramycine; la dexaméthasone avec framycétine et gramicidine; la dexaméthasone avec néomycine et polymyxine B; et la prednisolone avec sulfacétamide. La bétaméthasone seule n'est plus disponible au Québec. Actuellement, la distribution de la combinaison bétaméthasone avec la gentamicine est discontinuée.

Selon les monographies des produits, la dexaméthasone 0,1 % a une indication pour le traitement des états inflammatoires du segment antérieur de l'œil répondant aux corticostéroïdes, par exemple l'uvéite aiguë ou chronique, l'iridocyclite, l'iritis, la cyclite, le zona ophtalmique, la kératoconjonctivite phlycténulaire, la conjonctivite non purulente, y compris les formes printanière,

allergique et catarrhale, et les lésions de la cornée – brûlures chimiques ou thermiques/lésions chirurgicales. Le fluorométholone 0,1 % a une indication pour le traitement des états inflammatoires touchant la conjonctive palpébrale et bulbaire, la cornée ou le segment antérieur du globe oculaire lorsque l'affection répond à la corticothérapie. Le lotéprednol 0,2 % a une indication pour le traitement symptomatique de la conjonctivite allergique saisonnière alors que le 0,5 % a une indication pour le traitement de l'inflammation postopératoire consécutive à la chirurgie de la cataracte. La prednisolone 0,12 et 1 % a une indication pour le traitement des états inflammatoires et allergiques non infectieux légers ou graves touchant l'œil, comme les formes catarrhale et saisonnière de la conjonctivite allergique non purulente, l'iritis aiguë, l'ulcération catarrhale de la cornée, les lésions cornéennes, la blépharite non purulente, le zona ophtalmique, la kératite superficielle non spécifique et la kératoconjonctivite phlycténulaire non purulente. Le difluprédnate 0,05 % a une indication pour le traitement de l'inflammation et de la douleur associée à l'inflammation après une opération de la cataracte et pour le traitement de l'uvéite endogène. Le rimexolone 1 % a une indication pour le traitement de l'inflammation postopératoire consécutive à la chirurgie oculaire et le traitement de l'uvéite antérieure. Parmi les corticostéroïdes topiques disponibles au Québec, trois sont sur la liste générale des médicaments, soit la dexaméthasone, la fluorométholone et la prednisolone.

Il n'y a que deux combinaisons d'antibiotiques et de corticostéroïdes ophtalmiques disponibles au Québec, soit la dexaméthasone/ tobramycine (0,1 %/0,3 %) et prednisolone/sulfacétamide (0,2 %/10 %) (goutte et onguent). La première combinaison a une indication pour le traitement des affections oculaires inflammatoires répondant aux stéroïdes pour lesquelles un corticostéroïde est indiqué, lorsqu'il existe une infection bactérienne oculaire ou un risque d'infection bactérienne oculaire. La combinaison prednisolone/sulfacétamide a une indication pour le traitement de la blépharite non purulente et de la blépharoconjonctivite (séborrhéique, staphylococcique, allergique) ainsi que de la conjonctivite non purulente (allergique et bactérienne). Cette combinaison est la seule avec une indication de Santé Canada pour la blépharite. Ces deux combinaisons ne sont pas remboursées par le régime public d'assurance médicaments du Québec. La monographie des deux produits mentionne un usage à raison de deux à quatre fois par jour, selon la gravité du problème.

La combinaison dexaméthasone/tobramycine semble être le traitement topique le plus souvent prescrit par les optométristes, lorsqu'indiqué, pour soigner une blépharite chronique puisque cela facilite l'utilisation par le patient. La combinaison prednisolone/sulfacétamide, laquelle a l'indication de Santé Canada pour le traitement de la blépharite, est aussi une option. Dans les deux cas, une goutte TID à QID pendant une à deux semaines, avec un suivi régulier visant à vérifier l'amélioration de la condition et l'apparition des effets

indésirables associés, serait à privilégier selon les parties prenantes consultées. Toutefois, ces options peuvent être coûteuses pour un patient dont l'assurance, privée ou publique, ne couvre pas les frais. Par ailleurs, le fait de prescrire une combinaison « impose » de traiter avec deux ingrédients actifs pour la durée complète du traitement, ce qui est rarement nécessaire.

L'ajout d'un corticostéroïde topique à un antibiotique topique déjà prescrit est une option thérapeutique envisageable mais pas toujours pratique, car cela implique que le patient devra mettre deux gouttes ou onguents avec un décalage de quelques minutes entre les deux. Selon les parties prenantes consultées, les meilleurs choix thérapeutiques sont les mêmes que ceux proposés par l'AAO, soit la fluorométholone et le lotéprednol. La prednisolone est aussi une option alors que le difluprédnate et la rimexolone ne devraient pas être prescrits pour traiter une blépharite chronique puisque ce sont des agents trop puissants et réservés pour d'autres indications. En raison de son profil d'innocuité défavorable et de la disponibilité de meilleures options de traitement, la dexaméthasone ne devrait pas être prescrite seule selon les échanges avec les parties prenantes consultées. La fréquence et la durée demeurent les mêmes que celles pour les combinaisons. Les mêmes précautions s'appliquent, à savoir qu'il doit y avoir un suivi régulier afin de vérifier l'amélioration clinique et l'apparition éventuelle d'effets indésirables.

2.5.4. Traitement pharmacologique de quatrième intention

Malgré le bon usage des mesures non pharmacologiques sur une base régulière depuis plus de quatre à six mois et l'usage d'un antibiotique topique avec l'ajout d'un corticostéroïde ophtalmique, il peut arriver, dans de rare cas, que la **blépharite postérieure chronique** ne soit pas contrôlée. L'absence de réponse à ces interventions requiert d'abord de reconsidérer la condition clinique pour s'assurer de l'absence d'autres pathologies, comme indiqué précédemment. Dans ce contexte, diriger le patient vers un ophtalmologiste peut être envisagée pour une investigation et l'établissement d'un diagnostic médical.

Toutefois, s'il est clair d'après l'histoire du cas et à l'examen de l'œil que le patient a une blépharite postérieure chronique non contrôlée, l'usage d'antibiotiques oraux de la classe des tétracyclines peut être une option de traitement selon l'AAO – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. Les auteurs se fondent sur quelques études primaires et sur le fait que la rosacée oculaire, un des facteurs de risque de blépharite postérieure chronique, est généralement traitée avec cette classe d'antibiotique.

Selon les ophtalmologistes et les optométristes consultés, l'usage des antibiotiques oraux pour traiter une blépharite postérieure chronique non contrôlée, bien que très rare, surtout dans une pratique de première ligne, peut être bénéfique pour certains patients. La présence d'une kératite punctiforme secondaire observée à la lampe à fente est une indication pour qu'un

antibiotique oral soit une option envisagée. Il est par contre primordial que le patient ne présente pas de symptômes et signes atypiques suggérant une autre pathologie. Dans un tel cas, ce patient doit être dirigé vers l'ophtalmologie.

2.5.4.1. Efficacité

2.5.4.1.1. Blépharite postérieure

La RS de Lindsley [2012] présente des résultats comparant l'efficacité de la doxycycline orale à celle d'un placebo dans le traitement de la blépharite postérieure. Une seule étude (N = 100) a été incluse [Yoo *et al.*, 2005]. Celle-ci présente aussi des résultats comparatifs entre de hautes doses et de petites doses de doxycycline. Les résultats démontrent que les groupes qui ont reçu de petites ou hautes doses de doxycycline avaient moins de symptômes par patient après quatre semaines que le groupe qui avait reçu le placebo (DM = -1,39, IC [- 1,65, - 1,13] et DM = -0,88, IC [- 1,20, - 0,56] respectivement).

La différence entre les groupes traités avec la doxycycline n'était cependant pas statistiquement significative. Par ailleurs, le nombre de participants avec une rémission partielle ou complète des symptômes à un mois, dans les deux groupes qui avaient reçu la doxycycline, était supérieur à celui du groupe qui avait reçu le placebo (petite dose RR = 6,74, IC [2,89,15,75] ET haute dose RR = 6,54, IC [2,79,15,30]) avec une différence statistiquement significative. Cependant, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux doses d'antibiotiques (RR = 0,75, IC [0,75,1,26]).

La RS de Wladis [2016] présente des résultats provenant de six études cliniques à haut risque de biais (petit N, observationnelle, sans groupe témoin [Sobolewska *et al.*, 2014; Igami *et al.*, 2011; Bakar *et al.*, 2009; Iovieno *et al.*, 2009; Aronowicz *et al.*, 2006; Quarterman *et al.*, 1997] et deux ECRA dont celle incluse dans la RS de Lindsley (2012) [Lee *et al.*, 2012; Yoo *et al.*, 2005]. Ces études ont évalué l'efficacité des tétracyclines ou de l'azithromycine orales chez des patients atteints d'une blépharite postérieure ou d'autres pathologies oculaires comme la rosacée. Deux études portant spécifiquement sur des patients atteints d'une blépharite postérieure ont rapporté des résultats en faveur de l'usage de la doxycycline orale sur la résolution des symptômes et signes [Iovieno *et al.*, 2009; Yoo *et al.*, 2005]. De façon similaire, selon l'étude (N = 60) qui a comparé la minocycline (50 mg deux fois par jour) en combinaison avec des larmes artificielles à l'usage de larmes seules chez des patients avec une blépharite postérieure [Lee *et al.*, 2012], les résultats ont démontré un avantage statistiquement significatif en faveur de l'antibiotique sur la résolution des symptômes et signes. Cette tendance a aussi été observée par une étude observationnelle portant sur 16 patients [Aronowicz *et al.*, 2006]. Une étude (N = 13) sur les avantages de l'azithromycine orale (3 cycles de 500 mg une fois par jour pendant 3 jours espacés de 7 jours) dans un contexte de blépharite postérieure a aussi été incluse dans la RS [Igami *et al.*, 2011]. Ses résultats

démontrent que l'azithromycine peut apporter des avantages du point de vue de l'amélioration du film lacrymal (statistiquement significatif).

La recherche systématique de la littérature réalisée dans le cadre des présents travaux n'a pas permis de repérer de nouvelles études dans ce contexte.

2.5.4.1.2. Blépharite antérieure

Pour la blépharite antérieure, les résultats sur l'efficacité de traitements autres qu'avec les antibiotiques topiques, comme les antibiotiques oraux, se sont avérés non concluants selon les auteurs de la RS de Lindsley [2012]. Aucune autre étude sur le sujet n'a été repérée par la recherche systématique de la littérature réalisée dans le cadre des présents travaux.

2.5.4.2. Innocuité

Selon l'AAO, les antibiotiques de la classe des tétracyclines peuvent provoquer de la photosensibilité, des troubles gastro-intestinaux, une vaginite et parfois de l'azotémie. Ces antibiotiques ont été impliqués dans des cas d'hypertension intracrânienne bénigne, et leur action métabolique peut altérer l'efficacité de certains médicaments (par exemple diminuer l'efficacité des contraceptifs oraux et potentialiser les effets de la warfarine). Une préparation de doxycycline 40 mg à libération prolongée peut être utilisée pour réduire les effets indésirables. Les antibiotiques de la classe des tétracyclines sont contre-indiqués lors de la grossesse, de l'allaitement, pour des patients avec un antécédent d'hypersensibilité à ces médicaments et pour les enfants de moins de 8 ans, car des taches peuvent apparaître sur les dents. Toutefois, l'érythromycine orale peut-être une option de remplacement. Pour la minocycline, il a été rapporté que son usage pouvait amener des taches sur la peau, la thyroïde, les ongles, les dents, la conjonctive sclérale, la langue et les os. L'AOA et le CO ne rapportent pas d'effets indésirables associés aux antibiotiques oraux.

Les principaux effets indésirables rapportés dans la RS de Lindsley [2012] à la suite de l'usage d'antibiotiques oraux dans le traitement de la blépharite postérieure sont des problèmes gastro-intestinaux, de l'urticaire, des démangeaisons et des papules érythémateuses. Le groupe qui a reçu une dose plus élevée de doxycycline a rapporté plus d'effets indésirables que le groupe qui avait reçu la plus faible dose (RR = 2,25, IC [1,09-4,65]). Dans la RS de Wladis [2016], les principaux effets indésirables rapportés dans les études primaires sont des troubles gastro-intestinaux.

Plusieurs effets indésirables, contre-indications, précautions particulières et interactions médicamenteuses sont énumérés dans les monographies des différentes tétracyclines et de l'azithromycine. La liste complète est disponible à l'annexe F. Selon les parties prenantes consultées, les principales informations à connaître par les prescripteurs sont celles énumérées dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3. Effets indésirables, interactions médicamenteuses, contre-indications et précautions particulières

Effets indésirables les plus fréquents	Principales interactions médicamenteuses	Contre-indications et précautions particulières
TÉTRACYCLINES		
Photosensibilité; étourdissements ou vertiges; somnolence; fatigue; ataxie; troubles gastro-intestinaux.	Antiacide; anticoagulants oraux de type coumarinique; antidiarrhéiques contenant du kaolin et de la pectine ou du sous-salicylate de bismuth; antiépileptiques; contraceptifs oraux; digoxine; médicaments hépatotoxiques; pénicilline et rétinoïdes .	Antécédent de réactions allergiques à ces médicaments ou leurs composants; Dysfonctionnement hépatique ou rénal grave; Grossesse ou allaitement; Enfants de moins de 8 ans; Myasthénie grave; Prise de rétinoïdes. Pour réduire le risque d'œsophagite et d'ulcérations œsophagiennes, éviter de se coucher dans les trente minutes suivant la prise de doxycycline.
AZITHROMYCINE		
Diarrhée/selles molles, douleurs abdominales, vomissements et nausées.	Antiacides, anticoagulants oraux de type coumarinique, cyclosporine, nelfinavir et théophylline.	Antécédent d'ictère cholestatique ou de dysfonctionnement hépatique; Antécédent de réactions allergiques aux macrolides; Antécédent de réactions allergiques à ces médicaments ou leurs composants; Patient ayant un allongement de l'intervalle Q-T ou qui prend un médicament qui l'allonge; Taux sanguin de potassium ou de magnésium bas; Antécédents de problèmes cardiaques, comme une bradycardie, une arythmie cardiaque ou une insuffisance cardiaque; Patient présentant une altération de la fonction hépatique; Patient dont la filtration glomérulaire est inférieure à 10 mL/min.

2.5.4.3. Option de traitement, dosage, fréquence et durée

En se basant en partie sur la RS de Lindsley [2012], l'AAO formule une recommandation en faveur de l'usage d'antibiotiques oraux, notamment les tétracyclines, pour traiter la blépharite postérieure non contrôlée par les mesures non pharmacologiques – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve. Pour limiter les impacts sur la flore bactérienne, l'AAO précise que le traitement peut être intermittent, c'est-à-dire interrompu et repris selon la gravité de la blépharite et la tolérance à l'antibiothérapie – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation avec réserve.

L'AAO fournit de l'information spécifique sur le dosage, la fréquence et la durée. Elle recommande la doxycycline ou la minocycline à raison de 100 mg, ou la tétracycline à 1 000 mg une fois par jour. Après une amélioration clinique, estimée selon les auteurs entre deux et six semaines, le dosage peut être réduit

à 40 ou 50 mg pour la doxycycline ou la minocycline respectivement, ou de 250 à 500 mg pour la tétracycline, une fois par jour. Les auteurs ne fournissent pas d'information précise sur la durée. Selon eux, la fréquence et la durée devraient être guidées par la gravité de la blépharite et la réponse au traitement – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation forte. L'usage de l'érythromycine (250 à 500 mg DIE) ou de l'azithromycine (250 à 500 mg, une à trois fois par semaine, ou 1 g par semaine pour 3 semaines) orales est aussi une option selon l'AAO. L'AOA (2011) et le CO recommandent l'usage de tétracyclines, mais ils ne formulent pas de recommandations pour la posologie et la durée des antibiotiques oraux. Notons qu'aux États-Unis plusieurs États permettent aux optométristes de prescrire ces antibiotiques. Le CO (2016) considère que, pour des patients atteints d'une blépharite postérieure, des antibiotiques systémiques de la classe des tétracyclines peuvent être efficaces comme deuxième ligne de traitement après un antibiotique topique – niveau de preuve scientifique faible (III), recommandation faible. Les auteurs précisent que le traitement peut être requis pendant plusieurs semaines et que le dosage peut varier dans le temps. Un rappel des contre-indications de l'usage des tétracyclines chez la femme enceinte et celle qui allaite est précisé dans le document.

Au Québec, les antibiotiques oraux disponibles sont : la doxycycline, la minocycline, la tétracycline, l'érythromycine et l'azithromycine. Selon les monographies des produits, les tétracyclines ont un spectre d'action semblable et les staphylocoques y sont sensibles ainsi que *Propionibacterium acnes*.

La posologie indiquée dans la monographie de la doxycycline est de 200 mg en dose unique le premier jour, puis 100 mg/jour par la suite, à moins d'une infection grave où une posologie de 200 mg/jour fractionnée en une ou deux doses peut être administrée. Il existe des comprimés de 20, 40 et 100 mg, mais ceux de 20 et 40 mg ne sont pas remboursés par le régime public d'assurance médicaments. La monographie de la minocycline indique qu'une dose de 100 à 200 mg peut être donnée au début, puis, par la suite 100 mg deux fois par jour. La minocycline est disponible en comprimés de 50 ou 100 mg et les deux sont remboursés par le RPAM. La posologie fournie dans la monographie de la tétracycline indique 250 mg à raison de quatre fois par jour (QID) pour un total de 1 000 mg. Les infections graves peuvent nécessiter une posologie plus élevée, soit 500 mg QID. Il est mentionné dans la monographie que l'antibiotique devrait être pris 1 heure avant ou 2 heures après la prise de nourriture, de lait, d'antiacide ou de vitamines. Les comprimés de 250 mg sont remboursés par le RPAM. La posologie usuelle indiquée dans la monographie pour l'azithromycine est de 500 mg en une seule prise le premier jour, suivie de 250 mg, une fois par jour, du 2^e au 5^e jour, soit une dose totale de 1,5 g.

Aucun des antibiotiques énumérés ne possède l'indication officielle de Santé Canada pour le traitement des blépharites.

Pour les membres du comité consultatif, la doxycycline et la minocycline sont les meilleures options de tétracycline chez l'adulte pour leur posologie et leur facilité d'administration. La pratique courante chez l'adulte consiste à prescrire 100 mg ou une dose plus petite une fois par jour pendant deux à trois mois. Les petites doses devraient être offertes dès l'amorce puisque l'étude de Yoo et ses collaborateurs [2005] a démontré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les petites et les fortes doses. Mais, comme les comprimés de 20 et 40 mg de doxycycline ne sont pas remboursés par le RPAM, cela peut poser un problème à certains patients. Le clinicien peut alors se tourner vers la minocycline, car ses comprimés de 50 mg sont remboursés. La recommandation de l'AAO de réduire la dose après une amélioration clinique objectivée a été adoptée par le comité consultatif, lorsque c'est possible de le faire, pour tenter de limiter les effets indésirables liés à l'usage des antibiotiques pendant plusieurs semaines.

Avec une prise quatre fois par jour et les contraintes associées à l'alimentation, la tétracycline n'est pas un choix à privilégier, notamment en raison du risque d'inobservance par les patients. Parallèlement, à cause de son profil d'innocuité défavorable pour un usage à long terme, notamment par rapport à l'allongement de l'intervalle Q-T, l'azithromycine est une option qui n'a pas été privilégiée, pour les professionnels en première ligne, par les parties prenantes consultées, bien que l'AAO la signale dans sa recommandation. Cette option de traitement pourrait être prescrite par un ophtalmologiste qui saura juger de l'équilibre entre les risques et les avantages associés à la prise de cet antibiotique selon les caractéristiques du patient et la gravité de la blépharite. Le niveau de preuve scientifique associé à l'usage de cet antibiotique est par contre très faible.

2.6. Critères de consultation vers un professionnel habilité

Les critères pour diriger le patient vers un professionnel habilité à utiliser la lampe à fente ont été identifiés avec les parties prenantes consultées en tenant compte de la présence de symptômes et signes d'alarme et de l'absence de réponse après plusieurs semaines d'usage optimal des mesures non pharmacologiques sur une base régulière combinée à un traitement d'un mois avec un antibiotique topique. Toutefois, certaines situations cliniques requièrent une consultation vers un ophtalmologiste. Par exemple, lorsqu'un patient se présente avec des symptômes et des signes atypiques pouvant suggérer une autre pathologie; s'il y a persistance d'un orgelet ou d'un chalazion requérant une excision, et ce, malgré l'usage optimal des mesures non pharmacologiques sur une base régulière et prolongée; et chez un enfant avec une blépharite chronique non contrôlée par les mesures non pharmacologiques.

3. DISCUSSION

Le mandat de l'INESSS était de recueillir l'information la plus récente sur les blépharites afin de réaliser un guide d'usage optimal sur cette situation clinique chez l'adulte, et chez l'enfant de manière plus limitée, afin de faciliter le choix de l'antibiothérapie à administrer lors de la prise en charge en première ligne. À cette fin, une recension systématique des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des revues systématiques a permis de répondre aux différentes questions de recherche sur la physiopathologie, les facteurs de risque, les symptômes et signes, les traitements et les critères de consultation chez un optométriste ou un ophtalmologiste. L'information recueillie a été adaptée au contexte québécois à l'aide des données expérientielles obtenues par les consultations avec les parties prenantes, principalement les membres du comité consultatif.

3.1. Sommaire et analyse des principaux constats

Les données extraites de la littérature scientifique ainsi que les recommandations cliniques recensées dans les documents retenus sont concordantes avec la pratique au Québec, bien que des nuances méritaient d'être précisées selon les parties prenantes consultées. À l'issue de la triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles, trois principaux constats ont pu être établis. Premièrement, les mesures non pharmacologiques, chez l'adulte et l'enfant, sont le traitement de première intention des cas de blépharite, aiguë et chronique, et les antibiotiques topiques ne sont généralement utilisés qu'en cas d'échec des mesures non pharmacologiques pratiquées sur une base régulière et de façon optimale. Deuxièmement, les professionnels de la santé en première ligne, non spécialisés en soins oculaires, doivent pouvoir reconnaître les symptômes et signes d'alarme qui suggèrent une atteinte cornéenne et qui requièrent une évaluation à la lampe à fente pour orienter le patient vers un spécialiste habilité au moment opportun et limiter les complications dont les séquelles peuvent être permanentes. Troisièmement, en l'absence de réponse au traitement, avant de passer à une autre thérapie, il est important de reconsidérer la condition clinique. Ce constat s'applique surtout pour la blépharite chronique car, en raison de son étiologie incertaine, de la coexistence fréquente d'autres pathologies oculaires ou de symptômes et signes qui peuvent être compatibles avec d'autres conditions cliniques, les conséquences peuvent être lourdes si elles ne sont pas diagnostiquées à temps. Par ailleurs, son caractère chronique peut rendre les symptômes et signes plus difficiles à interpréter pour un professionnel de la santé en première ligne, y inclus un optométriste.

3.1.1. Mesures non pharmacologiques : traitement de première intention pour les cas de blépharite aiguë et chronique

Le niveau de preuve scientifique est faible concernant les mesures non pharmacologiques, mais l'expérience démontre que des avantages sont associés à l'utilisation des différentes mesures non pharmacologiques, qui entraînent très peu d'effets indésirables. D'ailleurs, les recommandations à ce sujet sont toujours jugées fortes dans les documents retenus, ce qui signifie que les auteurs sont convaincus que la majorité des patients retireront des avantages qui dépasseront les désavantages associés à l'application de telles mesures pour traiter les cas de blépharite.

À la suite de la triangulation des données, il ressort que le traitement non pharmacologique de première intention, chez l'adulte et l'enfant, comprend trois mesures pour les cas de blépharite, aiguë et chronique, soit : les compresses chaudes (chaleur humide) ou un masque chauffant (chaleur sèche); l'hygiène des paupières avec une lingette ophtalmique ou du savon doux dilué; et l'hydratation locale qui consiste à utiliser des larmes artificielles, au besoin, si le patient manifeste une sensation d'inconfort. Pour les compresses chaudes et l'hygiène des paupières, l'application pour la blépharite aiguë est entre une et quatre fois par jour pendant quelques jours ou jusqu'à disparition des symptômes et, pour la blépharite chronique, elle doit être faite tous les jours. Pour les enfants, il est important toutefois de privilégier les compresses chaudes et de ne pas employer de chaleur sèche (masque chauffant) pour éviter les brûlures. La quatrième mesure, surtout dans les cas de blépharite chronique postérieure, est le massage des paupières qui vise à enlever les croûtes ou à faire sortir les sécrétions des glandes de Meibomius, une fois par jour après les compresses chaudes. Les auteurs des documents retenus ont mis l'accent sur les mesures non pharmacologiques comme traitement de première intention. Toutefois, l'information n'est pas répétée par la suite lors de l'application des autres intentions thérapeutiques. Or, pour les parties prenantes consultées, il était important de préciser que les autres formes de traitement ne sont administrées que lorsque la condition n'est pas contrôlée par les mesures non pharmacologiques. Le fait de positionner les mesures non pharmacologiques en première intention et de répéter l'information pour chacune des autres intentions de traitement a pour but d'aider le professionnel de la santé à communiquer à son patient l'importance d'être « observant et persistant » pour retirer les avantages de telles mesures. Celles-ci requièrent temps et assiduité tous les jours, spécialement pour la blépharite chronique, ce qui constitue une contrainte importante. Souvent, les patients atteints d'une blépharite chronique se fatiguent d'une pratique quotidienne à long terme. C'est pourquoi il est recommandé de vérifier le bon usage des mesures non pharmacologiques sur une base régulière pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois avant de considérer une autre intention de traitement.

Tout comme chez les adultes, les mesures non pharmacologiques sont le traitement de première intention chez les enfants, bien que l'observance et la persistance puissent être encore plus problématiques que chez l'adulte. Cette recommandation provient de l'opinion et de l'expérience des experts consultés, puisque les documents retenus ne ciblaient pas la population pédiatrique. Toutefois, si ces mesures ne réussissent pas à contrôler les symptômes et signes de la blépharite, l'enfant devrait être pris en charge par un ophtalmologiste.

3.1.2. Symptômes et signes d'alarme

Dans les documents sélectionnés, les symptômes et signes sont énumérés sans qu'il y ait une hiérarchisation claire selon leur niveau de gravité. Or, pour les parties prenantes consultées, il est primordial qu'un professionnel de la santé en première ligne puisse rapidement reconnaître les symptômes et signes d'alarme qui demandent une évaluation à la lampe à fente par un professionnel habilité, c'est-à-dire qui a reçu une formation et qui se sent à l'aise pour interpréter les résultats biomicroscopiques générés par l'instrument. Un professionnel habilité est généralement un optométriste ou un ophtalmologiste.

En s'appuyant sur leur expérience clinique et sur l'information recueillie dans les documents retenus, les experts consultés ont identifié cinq symptômes et signes d'alarme : photophobie (nouvelle ou exacerbée), baisse de vision/perte d'acuité visuelle, douleur importante à l'œil ou sur la paupière, rougeur importante avec hyperhémie conjonctivale diffuse et kératite avec captation à la fluorescéine (captation punctiforme inférieure ou ulcération). La présence de ces « drapeaux rouges » signifie que le patient doit être vu pour une évaluation à la lampe à fente par un professionnel habilité. Pour obtenir facilement et rapidement des soins oculaires en première ligne, l'optométriste est le professionnel qui peut aider l'omnipraticien et l'IP SPL dans la prise en charge des cas de blépharite. Toutefois, la présence de symptômes et signes d'alarme pourrait justifier de diriger directement le patient vers un ophtalmologiste selon le jugement du clinicien qui a fait l'examen et qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement.

3.1.3. Réévaluation de la condition clinique

Avec une portée et des utilisateurs cibles différents, les documents retenus, qui s'adressent à des spécialistes en soins oculaires, ne mettent pas l'accent sur l'importance de reconsidérer la condition clinique avant d'examiner la possibilité de recourir à une autre intention thérapeutique. Or, pour les parties prenantes consultées, dans l'élaboration du présent GUO sur le traitement des cas de blépharite qui s'adresse à la première ligne, il est important de réévaluer la condition clinique avant de considérer l'utilisation d'un traitement de deuxième, de troisième et de quatrième intention. La répétition de l'information visant à

reconsidérer la condition clinique à chaque changement d'intention de traitement a pour but d'aider les professionnels en première ligne à reconnaître le moment opportun pour diriger le patient vers un optométriste ou un ophtalmologiste, selon leur jugement clinique et leur capacité ou non à faire une évaluation à la lampe à fente. L'absence de réponse au traitement peut suggérer une autre pathologie avec des conséquences plus graves, qui peut être diagnostiquée et gérée par un optométriste sans que la prise en charge par un ophtalmologiste soit nécessaire. Chaque professionnel de la santé se doit d'exercer les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. La possibilité qu'offrira le nouveau règlement aux optométristes de prescrire un antibiotique oral est un élément contextuel qui a aussi influé sur les mises en garde ajoutées concernant les traitements de troisième et de quatrième intention.

3.2. Forces et limites

Les présents travaux portant sur la réalisation d'un GUO sur le traitement des blépharites sont fondés sur une revue systématique de la littérature scientifique et des recommandations de bonne pratique clinique, une évaluation critique des publications retenues et une analyse systématique comprenant la triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles. Les savoirs contextuel et expérientiel ont été obtenus par l'intermédiaire de différentes parties prenantes aux formations très diversifiées, à savoir des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, des omnipraticiens, des optométristes, des pharmaciens, des urgentistes, des infectiologues et des ophtalmologistes, dont certains avaient aussi une expertise en pédiatrie, et qui venaient de plusieurs régions administratives du Québec. Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques ainsi que pour formuler les recommandations cliniques était constitué de cliniciens et d'experts venant notamment des grands centres universitaires et il réunissait des professionnels de différents profils concernés par ces recommandations. La lecture externe, qui a pour objet d'assurer la rigueur scientifique des travaux, a été effectuée par trois ophtalmologistes de différents milieux et un optométriste. Les ordres, fédérations et associations professionnels ont aussi été mis à contribution par l'intermédiaire d'un comité de suivi dont le rôle est d'assurer la pertinence des travaux de l'INESSS, l'acceptabilité des recommandations et la faisabilité de leur implantation.

Considérant que les optométristes connaissent peu l'INESSS une action a été menée pour que l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, responsable de la formation obligatoire des optométristes pour l'application du nouveau règlement, diffuse les recommandations contenues dans le GUO sur le traitement des blépharites. Enfin, plusieurs optométristes ainsi que des pharmaciens, des omnipraticiens et des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne ont été invités à participer à la validation externe du GUO afin de recueillir des commentaires, notamment sur la convivialité et l'utilité de l'outil

clinique élaboré. Tous les commentaires reçus des différentes parties prenantes ont été analysés et pris en considération dans la version finale du GUO.

Les documents retenus et analysés avaient pour public cible des professionnels spécialisés en soins oculaires, à savoir des ophtalmologistes et des optométristes. Les travaux de l'INESSS se démarquent en proposant des recommandations et de l'information destinés à outiller la première ligne dans la prise en charge des patients atteints d'une blépharite. C'est pourquoi un schéma sur la localisation anatomique des différents éléments à l'origine de la blépharite et des photos ont été intégrés dans le GUO. En contrepartie, de l'information sur les effets indésirables, les principales interactions médicamenteuses, les contre-indications et précautions particulières a été ajoutée pour soutenir la prise de décision des optométristes, au besoin, dans le choix de l'antibiotique oral pour traiter une blépharite postérieure chronique non contrôlée.

Malgré le processus scientifique rigoureux et la méthodologie appliquée, certaines limites des travaux doivent être soulignées. Il a été constaté que peu d'études cliniques de bonne qualité méthodologique portent sur les blépharites. Par conséquent, les recommandations cliniques répertoriées dans la littérature, ainsi que celles élaborées dans le cadre des présents travaux, sont beaucoup tributaires de l'expérience des experts dans le domaine, à l'exception de celles portant sur les traitements pharmacologiques pour lesquelles le niveau de preuve scientifique allait de faible à élevé.

3.3. Impacts cliniques

La publication de ce GUO sur le traitement des patients atteints de blépharite devrait avoir une retombée non négligeable sur la prise en charge de cette condition clinique par les professionnels de la santé en première ligne, y compris les optométristes, lesquels constituent une nouvelle clientèle cible des GUO de l'INESSS. L'intégration des besoins des différents professionnels rend le GUO utile et donne des indications claires sans pour autant remplacer le jugement du clinicien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement.

C'est la première fois que l'Institut réalise un GUO portant sur les soins oculaires, lequel élargit la gamme de ceux produits concernant l'antibiothérapie. Ces guides ont pour but d'aider les professionnels de la santé, particulièrement ceux en première ligne, à faire un usage optimal des antibiotiques, notamment en les sensibilisant aux conditions cliniques qui ne requièrent pas d'antibiothérapie. Le présent GUO vise le même objectif. C'est ainsi que, dans ce guide d'usage optimal, les mesures non pharmacologiques sont catégorisées comme traitement de première intention et constituent, avant le recours aux antibiotiques, le traitement de base des blépharites. En priorisant les mesures non pharmacologiques, il est attendu que l'usage d'un antibiotique topique ne sera pas d'emblée prescrit en première intention pour traiter une blépharite

chronique, un orgelet ou un chalazion. Par ailleurs, l'ajout des mises en garde qui précèdent les tableaux illustrant différentes intentions de traitement devrait réserver la prescription des antibiotiques et des corticostéroïdes aux cas pour lesquels ils sont indiqués, et par un professionnel habilité à bien évaluer la condition clinique.

Par ailleurs, avec la modernisation du secteur oculovisuel à la suite de l'application du nouveau règlement, l'accessibilité en première ligne devrait être améliorée pour les patients avec des troubles oculaires courants comme la blépharite. À l'exemple des pharmaciens, qui sont spécialistes des médicaments et qui offrent un soutien aux professionnels de la santé formés en médecine, les optométristes, qui sont spécialistes des soins oculaires en première ligne, ont un rôle à jouer pour appuyer les omnipraticiens et les IPSPL qui ne se sentiraient pas à l'aise avec l'examen à la lampe à fente ou qui n'ont tout simplement pas accès à cet instrument dans leur milieu. Plutôt que de diriger systématiquement le patient vers l'ophtalmologie, les autres professionnels de la santé en première ligne pourront l'adresser en optométrie, ce qui aura sûrement des retombées positives sur l'accessibilité aux soins dispensés au patient.

La collaboration entre les ordres et les associations professionnels pourrait par contre être nécessaire pour obtenir une partie des avantages escomptés en intégrant ce GUO dans la formation continue de tous les professionnels de la santé qui s'intéressent aux soins oculaires.

4. RECOMMANDATIONS

La réalisation *de novo* du guide d'usage optimal sur les blépharites a requis l'élaboration de recommandations qui tiennent compte des meilleures recommandations de bonne pratique clinique actuellement disponibles dans la littérature et qui sont adaptées, lorsque nécessaire, au contexte québécois. Pour ce faire, l'expérience des cliniciens a été requise, par l'intermédiaire du comité consultatif, et des données contextuelles et expérientielles ont été recueillies.

Les recommandations et les éléments contextuels qui ont émergé de ce processus et apparaissent dans le GUO sont présentés ci-dessous, accompagnés de l'argumentaire en appui à ces recommandations. L'argumentaire détaillé des éléments scientifiques, contextuels et expérientiels qui ont mené aux recommandations cliniques est présenté à la section Résultats.

4.1. Généralités

► Une blépharite est une inflammation des paupières :

- Aiguë : elle peut être localisée (orgelet ou chalazion) ou généralisée (touchant toute la paupière); OU
- Chronique : elle se caractérise par une fluctuation des signes et des symptômes qui perdurent dans le temps.

- Les trois recommandations cliniques retenues s'entendent sur le fait qu'une blépharite est une inflammation de la paupière et qu'une des manières de la catégoriser est d'observer sa durée (forme aiguë ou chronique) [College of Optometrists, 2016; AAO, 2013; AOA, 2011].
- Toutefois, la blépharite aiguë n'est pas abordée dans les trois recommandations cliniques retenues, qui traitent uniquement de la blépharite chronique [College of Optometrists, 2016; AAO, 2013; AOA, 2011].
- La blépharite aiguë peut-être localisée ou généralisée, et une blépharite aiguë localisée peut se manifester sous la forme d'un orgelet [source : parties prenantes].
- L'AOA définit la blépharite chronique comme une fluctuation des signes et des symptômes qui perdurent dans le temps tandis que l'AAO la définit comme une condition qui se présente avec des périodes d'exacerbation et des périodes de rémission [AAO, 2013; AOA, 2011].

- ▶ L'orgelet est une lésion inflammatoire aiguë des glandes sébacées de la paupière (glande de Zeiss) d'origine infectieuse alors que le chalazion est une inflammation stérile des glandes de Meibomius.

- L'orgelet est une des pathologies oculaires les plus courantes. L'inflammation peut-être interne, affectant les glandes de Meibomius, ou externe, affectant les glandes de Zeiss [Lindsley *et al.*, 2017].
- Si la manifestation aiguë ne se résorbe pas, un orgelet interne peut se développer pour devenir un chalazion. Ce dernier se définit, selon les experts consultés, comme un nodule inflammatoire stérile qui se développe généralement à la suite de l'obstruction des glandes de Meibomius ou de Zeiss [source : parties prenantes].

- ▶ Pour les blépharites chroniques, les atteintes antérieure et postérieure peuvent coexister.

- À l'exemple de la littérature scientifique actuelle, les trois recommandations cliniques retenues (AAO, AOA et CO) ainsi que Lindsley et ses collaborateurs [2012] utilisent la localisation anatomique pour catégoriser la blépharite chronique.
- L'AAO et le CO soulignent que, pour les cas de blépharite chronique, il peut y avoir un chevauchement des symptômes entre les atteintes antérieure et postérieure.

- ▶ Une blépharite est antérieure lorsque le bord externe près des cils est atteint.
 - **Blépharite à staphylocoque** : Réponse inflammatoire au *Staphylococcus aureus*, pouvant occasionner une obstruction des glandes annexées aux follicules des cils.
 - **Blépharite séborrhéique** : Dysfonctionnement des glandes de Zeiss annexées aux follicules des cils, qui peut se compliquer d'une surinfection.
 - **Combinaison des deux**
 - Autres formes de blépharite infectieuse non abordées dans ce guide :
 - Virale (par exemple à *herpes simplex*)
 - Parasitaire (par exemple à *Demodex folliculorum* et *Phthiriasis palpebrarum*)

- Pour l'AAO, une blépharite antérieure survient lorsque la peau des paupières, à la base des follicules des cils, est atteinte [AAO, 2013].
- Les définitions des blépharites antérieures à staphylocoque et séborrhéique sont basées sur les savoirs scientifique, contextuel et expérientiel [source : parties prenantes].

- Pour les auteurs de la RS Cochrane, la forme chronique de la blépharite est une inflammation des paupières dont l'étiologie est staphylococcique, séborrhéique ou attribuable à un dysfonctionnement des glandes de Meibomius [Lindsley *et al.*, 2012].

► Une blépharite est postérieure lorsque le bord interne de la paupière est atteint.

- La forme principale est un **dysfonctionnement des glandes de Meibomius** qui entraîne une instabilité du film lacrymal et mène éventuellement à une inflammation chronique du rebord de la paupière.

- Pour l'AAO, une blépharite postérieure survient lorsque les glandes de Meibomius et leurs orifices sont touchés [AAO, 2013].
- Plus précisément selon l'AAO, lorsque la section qui est en contact avec la cornée et la conjonctive palpébrale ou bulbaire est atteinte, on est en présence d'une blépharite postérieure. Celle-ci, aussi appelée DGM, touche principalement les glandes qui secrètent des huiles, qui sont localisées sur le bord postérieur des paupières [AAO, 2013].
- La définition de la forme principale d'une blépharite postérieure est basée sur les savoirs scientifique, contextuel et expérientiel [source : parties prenantes].

► Les blépharites chroniques prédisposent aux orgelets et aux chalazions.

- Selon certains experts consultés, les blépharites chroniques prédisposent aux orgelets et aux chalazions mais une blépharite aiguë ponctuelle ne cause généralement pas une blépharite chronique [source : parties prenantes].

4.2. Facteurs de risque

► Rosacée, dermite séborrhéique et dermite atopique (eczéma).

- À partir des trois recommandations cliniques retenues, les facteurs de risque sont : yeux secs, conditions dermatologiques (dermite séborrhéique et rosacée) et « demodicosis » [College of Optometrists, 2016; AAO, 2013; AOA, 2011].
- Les facteurs de risque pour lesquels il y a le plus de données démontrant une association de cause à effet sont la rosacée et la dermite séborrhéique [source : parties prenantes].
- La dermite atopique (eczéma), condition inflammatoire avec des manifestations cutanées et oculaires, est aussi un facteur de risque [source : parties prenantes].
- Le facteur de risque « yeux secs » n'a pas été retenu, car cette condition accompagne souvent avec les blépharites et il est difficile de savoir si une condition est à l'origine de l'autre [source : parties prenantes].

4.3. Présentation clinique

► La suspicion d'une blépharite repose sur l'histoire du patient, l'examen des yeux et de la peau environnante et l'absence de manifestation qui pourrait orienter vers une autre condition clinique.

- En accord avec l'information contenue dans les trois recommandations cliniques retenues (AAO, AOA, CO), la suspicion d'une blépharite repose sur l'histoire du patient, les symptômes et signes observés à l'examen des yeux et de la peau environnante et l'absence de manifestation qui pourrait orienter le diagnostic vers une autre condition clinique [source : parties prenantes].

► Une blépharite chronique est généralement bilatérale, malgré les symptômes unilatéraux qui sont parfois rapportés par le patient.

- Une blépharite chronique est généralement bilatérale, malgré des symptômes unilatéraux qui sont parfois rapportés par le patient [source : parties prenantes].

4.3.1. Symptômes et signes

À l'histoire, rechercher :

- **Antécédents** de problèmes oculaires et/ou dermatologiques et de chirurgies oculaires;
- **Symptômes** : paupières collées au réveil, gêne oculaire (inconfort-douleur surtout au réveil), sensation de brûlure, prurit, larmoiement, sensation de corps étranger, intolérance aux verres de contact, vision momentanément embrouillée.

- L'AAO recommande de documenter à l'histoire de cas les mesures récentes de la pression oculaire, les chirurgies oculaires, dont une blépharoplastie ainsi que les traumatismes et les blessures [AAO, 2013]
- Le clinicien questionne le patient sur ses antécédents de problèmes oculaires et/ou dermatologiques et de chirurgies oculaires [source : parties prenantes].
- Les recommandations cliniques retenues proposent une énumération sans distinction particulière entre les signes et les symptômes compatibles avec une blépharite. Par exemple, pour l'AAO, les signes et symptômes compatibles avec une blépharite chronique sont : rougeur, irritation, sensation de brûlure, larmoiement, démangeaison, présence de croûtes dans les cils, perte de cils, paupières collées, vision brouillée ou trouble, intolérance aux verres de contact, photophobie et augmentation de la fréquence du clignement des yeux [AAO, 2013]. Pour sa part, et toujours concernant la blépharite chronique, le CO énumère la sensation d'inconfort oculaire et de brûlure, de picotement et de la douleur, une légère photophobie, des symptômes généraux de sécheresse oculaire et une intolérance aux verres de contact [College of Optometrists, 2016].
- Les patients avec une blépharite chronique se plaignent rarement d'une douleur oculaire; c'est plus une irritation, une sensation d'inconfort. Lorsque l'œil est douloureux, cela constitue clairement un symptôme d'alarme [source : parties prenantes].
- En accord avec les renseignements contenus dans les recommandations cliniques retenues, les symptômes compatibles avec une blépharite qui doivent être recherchés par les professionnels de la santé en première ligne sont : paupières collées au réveil, gêne oculaire (inconfort-douleur surtout au réveil), sensation de brûlure, prurit, larmoiement, sensation de corps étranger, intolérance aux verres de contact, vision momentanément embrouillée [source : parties prenantes].

À l'histoire, rechercher :

- **Signes aux paupières et annexes** : rougeur, gonflement ou épaississement de la paupière, présence de croûtes à la base des cils, inflammation des orifices des glandes à la marge des paupières, nodule ou bosse dans la région antérieure (orgelet) ou postérieure (chalazion) des paupières;
- **Signes aux deux yeux, en particulier la conjonctive et la cornée** : rougeur conjonctivale;
- **Autres lésions cutanées au visage associées aux facteurs de risque**;
- **Absence de vésicule herpétique au visage.**

- Comme déjà mentionné, les recommandations cliniques retenues (AAO, AOA, CO) proposent, uniquement pour la blépharite chronique, une énumération sans distinction particulière entre les signes et symptômes.
- Pour l'examen des paupières et annexes, en accord avec l'information contenue dans les recommandations cliniques retenues, les signes sont : rougeur, gonflement ou épaississement de la paupière; présence de croûtes à la base des cils; inflammation des orifices des glandes à la marge des paupières; nodule ou bosse dans la région antérieure (orgelet) ou postérieure (chalazion) des paupières; rougeur conjonctivale aux deux yeux; autres lésions cutanées au visage associées aux facteurs de risque – rosacée, dermite séborrhéique et dermite atopique (eczéma); et l'absence de vésicule herpétique au visage [source : parties prenantes].

Symptômes et signes d'alarme à rechercher

Si présents, **une évaluation avec la lampe à fente¹** est à considérer :

- Photophobie (nouvelle ou exacerbée);
- Baisse de vision/ perte d'acuité visuelle;
- Douleur importante à l'œil ou sur la paupière;
- Rougeur importante avec hyperhémie conjonctivale diffuse;
- Kératite avec captation à la fluorescéine : captation punctiforme inférieure ou ulcération.

¹L'évaluation à la lampe à fente est faite par un professionnel habilité, principalement un optométriste ou un ophtalmologiste.

- L'AAO ne discrimine pas entre les symptômes rapportés par les patients, les signes observés par le clinicien à l'examen de l'œil et les signes et symptômes d'alarme suggérant une atteinte de la cornée [AAO, 2013]. Le CO n'utilise pas la catégorie « symptômes et signes d'alarme » pour qualifier l'information fournie [College of Optometrists, 2016; AAO, 2013].

- Il est important que le clinicien dispose d'une liste de signes et de symptômes d'alarme qui suggèrent une atteinte cornéenne et requièrent une évaluation à la lampe à fente, pour regarder toutes les couches de l'œil et ses annexes, par un professionnel habilité [source : parties prenantes].
- Les symptômes et signes d'alarme à rechercher, la plupart énumérés par l'AAO et le CO, mais sans catégorisation précise, sont : photophobie (nouvelle ou exacerbée; baisse de vision/ perte d'acuité visuelle; douleur importante à l'œil ou sur la paupière; rougeur importante avec hyperhémie conjonctivale diffuse; et kératite avec captation à la fluorescéine : captation punctiforme inférieure ou ulcération [source : parties prenantes].
- Le professionnel habilité est celui qui a reçu une formation et qui se sent à l'aise pour interpréter les résultats biomicroscopiques générés par l'évaluation à la lampe à fente. Dans cette perspective, le professionnel de la santé en première ligne spécialisé en soins oculaires et habilité à utiliser la lampe à fente est principalement l'optométriste. Cela n'exclut pas que des omnipraticiens, des urgentistes et des IPSPL puissent se sentir à l'aise avec l'utilisation de cet équipement [source : parties prenantes].

4.3.2. Autres conditions cliniques à considérer (photos disponibles)

Allergies saisonnières : se caractérisent par une rougeur conjonctivale (palpébrale et bulbaire) accompagnée de larmoiement. Les démangeaisons sont le symptôme principal. Souvent accompagnées d'autres symptômes d'allergie telle une rhinorrhée.

Atteintes oculaires à herpès simplex : se caractérisent par la présence de vésicules, papules et pustules de quelques millimètres regroupées sur une base érythémateuse, identiques à celles d'une lésion individuelle de zona, habituellement précédées de picotement au lieu de douleur. Le regroupement de vésicules, papules, et pustules qui ne suivent pas un dermatome et peuvent traverser la ligne médiane, ainsi que le caractère récidivant, favorisent le diagnostic.

Carcinome sébacé : se caractérise par une rougeur d'une seule paupière. Souvent accompagnée d'une perte de cils et d'une distorsion de l'anatomie normale.

Cellulite infectieuse périorbitaire : se caractérise par de l'œdème et de l'érythème, l'absence de vésicule et la présence de douleur périorbitaire.

Conjonctivite : se caractérise par une rougeur conjonctivale diffuse (palpébrale et bulbaire). Lorsque virale, elle se présente souvent dans un contexte d'infection des voies respiratoires. Elle cause un larmoiement clair. Une adénopathie préauriculaire est souvent présente. Lorsque bactérienne, elle s'accompagne de sécrétions purulentes.

Dacryocystite : se caractérise par un œdème et un érythème localisés à l'angle interne (entre l'œil et le nez) et souvent accompagnée de larmoiement.

Dermite de contact : se caractérise par un œdème souvent prurigineux et non douloureux. Présence de desquamation ou de microvésicules qui peuvent confluer pour former des bulles. La forme de la zone atteinte est très bien délimitée et elle correspond à l'endroit où il y a eu un contact.

Dermite médicamenteuse provoquée par l'usage de gouttes ophtalmiques : se caractérise par un eczéma des paupières avec peau cartonnée et desquamation. Il y a souvent une rougeur conjonctivale diffuse concomitante.

Zona ophtalmique : se caractérise par l'apparition de taches érythémateuses le long d'un dermatome suivant la branche ophtalmique du cinquième nerf crânien, précédée de douleur importante quelques jours avant. Sur ces taches érythémateuses se développent des vésicules regroupées de 2 à 3 mm, qui progressent rapidement en pustules puis en croûtes. Ces lésions sont d'âge différent, elles ne dépassent généralement pas la ligne médiane, ne touchent pas la paupière inférieure et leur guérison complète prend plusieurs semaines.

- Sur les trois recommandations cliniques retenues, une seule a documenté les autres conditions cliniques à considérer dans l'investigation du cas d'un patient qui se présente avec des symptômes et signes compatibles avec une blépharite chronique. Ces conditions sont : une allergie, une dermatoconjonctivite médicamenteuse, une dacryocystite, une infestation parasitaire, une cellulite périorbitaire, une atteinte oculaire à *herpes simplex*, un zona ophtalmique et un carcinome des glandes de Meibomius [College of Optometrists, 2016].
- Les conditions cliniques énumérées par le CO, à l'exception de l'infestation parasitaire, ont été retenues avec certaines nuances et la dermite de contact a été jointe à la liste. Cette dernière n'est pas exhaustive et d'autres conditions pourraient y être ajoutées [source : parties prenantes].
- Les définitions des autres conditions cliniques à considérer, basées pour certaines sur celles trouvées dans d'autres GUO de l'INESSS, ont été élaborées par les experts consultés [source : parties prenantes].
- L'ajout d'exemples de cas cliniques, par des photos cliquables dans le GUO, permettant de différencier entre les manifestations dermatologiques et oculaires a pour but de soutenir les praticiens en première ligne, dont les pharmaciens communautaires, leur permettant ainsi de diriger le patient

vers le professionnel habilité selon la gravité de la condition clinique observée [source : parties prenantes].

- Les atteintes oculaires à herpès simplex, la cellulite infectieuse et le zona ophtalmique sont le sujet de GUO publiés par l'INESSS et ils sont disponibles pour consultation dans la version numérique du présent GUO [source : INESSS].

4.4. Principes de traitement

► **Chez l'enfant, les mesures non pharmacologiques sont appliquées. Toutefois, la prise en charge d'une blépharite chronique non contrôlée par ces mesures devrait être faite par un ophtalmologiste.**

- Chez l'enfant, les mesures non pharmacologiques sont appliquées. Toutefois, la prise en charge d'une blépharite chronique non contrôlée par ces mesures devrait être faite par un ophtalmologiste [source : parties prenantes].

► L'orgelet et le chalazion ne sont généralement traités que par des mesures non pharmacologiques, sauf si une cellulite infectieuse périorbitaire associée est soupçonnée. Considérer une consultation vers un ophtalmologiste qui fera l'excision si aucun résultat après trois mois d'usage des mesures non pharmacologiques. **contrôlée par ces mesures devrait être faite par un ophtalmologiste.**

- En accord avec l'information contenue dans les recommandations cliniques retenues (AAO, AOA, CO) et la RS Cochrane de Lindsley [2012], l'accent est mis sur la place des mesures non pharmacologiques comme traitement de base dans les cas de blépharite aiguë [source : parties prenantes].
- L'orgelet et le chalazion ne sont généralement traités que par des mesures non pharmacologiques, sauf si une cellulite infectieuse périorbitaire associée est soupçonnée. Considérer une consultation vers un ophtalmologiste qui fera l'excision si aucun résultat après trois mois d'usage des mesures non pharmacologiques [source : parties prenantes].

► Les blépharites chroniques antérieure et postérieure sont traitées de la même façon : les mesures non pharmacologiques doivent être poursuivies à long terme, souvent à vie et sur une base régulière pour contrôler la réapparition des symptômes.

- Les trois recommandations cliniques retenues (AAO, AOA, CO) et la RS Cochrane de Lindsley [2012] affirment à l'unanimité que la blépharite est une maladie chronique qui ne peut être guérie de manière permanente et que les mesures non pharmacologiques sont le traitement de base, c'est-à-dire le traitement de première intention [College of Optometrists, 2016; AAO, 2013; Lindsley *et al.*, 2012; AOA, 2011].

- En accord avec l'information contenue dans les recommandations cliniques retenues (AAO, AOA, CO) et la RS Cochrane de Lindsley [2012], les blépharites chroniques antérieure et postérieure sont traitées de la même façon : les mesures non pharmacologiques doivent être poursuivies à long terme, souvent à vie et sur une base régulière pour contrôler la réapparition des symptômes [source : parties prenantes].

4.4.1. Traitement de première intention

Mesures non pharmacologiques chez l'adulte et l'enfant

COMPRESSES

Appliquer les compresses chaudes¹ (environ 40-45 °C) ou un masque chauffant sur l'œil de façon soutenue, minimalement **5 à 10 minutes** :

-Blépharite aiguë : de 2 à 4 fois par jour

- **Avec ou sans orgelet** : pendant 3 à 4 jours ou jusqu'à disparition des symptômes.
- **Avec chalazion** : pendant plusieurs semaines à plusieurs mois ou jusqu'à disparition complète du chalazion.

-Blépharites chroniques : 1 fois par jour tous les jours et privilégier la **chaleur sèche (masque chauffant)** plutôt que la chaleur humide, sauf pour les enfants

- Dans leurs recommandations cliniques, tel que déjà mentionné, l'AAO et le CO ne traitent que de la blépharite chronique [College of Optometrists, 2016; AAO, 2013].
- L'AAO recommande dans un premier temps que le patient applique des compresses chaudes. Toutefois, elle fournit peu d'information particulière sur la durée et la fréquence [AAO, 2013].
- Le CO fournit de l'information plus précise : les compresses chaudes de 2 à 4 fois par jour pendant 5 à 10 minutes [College of Optometrists, 2016].
- Dans le but de favoriser l'usage des mesures non pharmacologiques, de l'information particulière est fournie pour soutenir les cliniciens en première ligne et indiquer des conseils à donner aux patients [source : parties prenantes].
- Appliquer les compresses chaudes¹ (environ 40-45 °C) ou le masque chauffant sur l'œil de façon soutenue, minimalement 5 à 10 minutes :
Blépharite aiguë : de 2 à 4 fois par jour. Avec ou sans orgelet : pendant 3 à 4 jours ou jusqu'à disparition des symptômes. Avec chalazion : pendant plusieurs semaines à plusieurs mois ou jusqu'à disparition complète du chalazion. Blépharites chroniques : 1 fois par jour tous les jours et privilégier la chaleur sèche (masque chauffant) plutôt que la chaleur humide, sauf pour les enfants [source : parties prenantes].

¹Pour les enfants, une chaleur comparable à celle de l'eau du bain peut être utilisée, mais ne pas employer de chaleur sèche (masque chauffant) pour éviter les brûlures.

- Il est très important de spécifier que, pour les enfants, il ne faut pas employer de chaleur sèche pour éviter les brûlures, conséquence de l'utilisation de masque chauffant qui est parfois observée à l'urgence [source : parties prenantes].

HYGIÈNE

Nettoyer les paupières avec une lingette ophtalmique ou un savon doux² dilué :

-Blépharite aiguë :

- **Avec ou sans orgelet** : pendant 3 à 4 jours ou jusqu'à disparition des symptômes.
- **Avec chalazion** : pendant plusieurs semaines à plusieurs mois ou jusqu'à disparition complète du chalazion.

-Blépharites chroniques : tous les jours.

- Dans leurs recommandations cliniques, comme nous l'avons déjà mentionné, l'AAO et le CO ne traitent que de la blépharite chronique [College of Optometrists, 2016; AAO, 2013].
- Pour le CO, l'hygiène des paupières qui permet d'enlever les bactéries et autres dépôts qui se trouvent sur le bord de la paupière mène à la réduction des signes et des symptômes chez la majorité des individus [College of Optometrists, 2016].
- L'AAO recommande l'hygiène des paupières plusieurs fois par jour ou par semaine [AAO, 2013]
- Le CO recommande l'hygiène des paupières deux fois par jour au début puis de réduire à une fois par jour suivant l'amélioration de la condition [College of Optometrists, 2016].
- L'AAO et le CO recommandent l'utilisation d'un shampoing doux, par exemple un shampoing pour bébé, ou d'une lingette ophtalmique commercialisée [College of Optometrists, 2016; AAO, 2013].
- Une publication récente rapporte les résultats d'une étude qui a montré l'avantage de l'emploi des lingettes ophtalmiques pour la résolution de l'inflammation comparativement au shampoing pour bébé dilué [Sung *et al.*, 2018].

² Par exemple un shampoing pour bébé (dilué 1 partie de savon pour 10 parties d'eau; par exemple 10 mL de savon pour 90 mL

- Les résultats de cette étude (N = 43; application 2 fois par jour; suivi 4 semaines) n'étaient pas suffisamment solides pour recommander un nettoyant plutôt qu'un autre [source : parties prenantes].
- Et toujours dans un souci d'efficacité pour les professionnels de la santé en première ligne, de l'information spécifique est fournie [source : parties prenantes].
- Nettoyer les paupières avec une lingette ophtalmique ou un savon doux² dilué. Blépharite aiguë : avec ou sans orgelet : pendant 3 à 4 jours ou jusqu'à disparition des symptômes. Avec chalazion : pendant plusieurs semaines à plusieurs mois ou jusqu'à disparition complète du chalazion. Blépharites chroniques : tous les jours [source : parties prenantes].
- Les experts consultés sont en accord avec le CO qui recommande la dilution 1 :10 lors de l'utilisation d'un shampoing pour bébé [College of Optometrists, 2016] et avec l'AAO qui indique comme exemple d'un savon doux le shampoing pour bébé [AAO, 2013] [source : parties prenantes].

MASSAGE

Surtout pour la blépharite chronique postérieure :

Après les compresses chaudes, il est conseillé de faire un massage des paupières **1 fois par jour** (mouvement des doigts vers le bord libre de la paupière pour faire sortir les sécrétions des glandes de Meibomius ou mouvement de va-et-vient latéral sur les rebords des paupières fermées pour enlever les croûtes).

- Le massage des paupières peut accompagner le nettoyage de ces dernières dans les cas de blépharite chronique [AAO, 2013].
- Le massage, à raison de une à deux fois par jour, est fait en massant verticalement la paupière pour faire sortir les sécrétions; le frottement des bords de la paupière d'un côté à l'autre permet d'enlever la croûte des cils [AAO, 2013].
- Et toujours dans un souci d'efficacité pour les professionnels de la santé en première ligne, de l'information spécifique est fournie [source : parties prenantes].
- Surtout pour la blépharite chronique postérieure. Après les compresses chaudes, il est conseillé de faire un massage des paupières 1 fois par jour mouvement des doigts vers le bord libre de la paupière pour faire sortir les sécrétions des glandes de Meibomius ou mouvement de va-et-vient latéral sur les rebords des paupières fermées pour enlever les croûtes) [source : parties prenantes].

HYDRATATION LOCALE

Blépharite aiguë et blépharites chroniques: Considérer l'utilisation des larmes artificielles³ si le patient manifeste une sensation d'inconfort.

- Parce que plusieurs patients atteints d'une blépharite chronique doivent souvent composer avec une déficience ou une instabilité du film lacrymal, les larmes artificielles peuvent réduire les symptômes lorsqu'elles sont ajoutées aux mesures non pharmacologiques [...] [AAO, 2013].
- Blépharite aiguë et blépharites chroniques: Considérer l'utilisation des larmes artificielles³ si le patient manifeste une sensation d'inconfort [source : parties prenantes].

³ Pour un usage sur une base régulière plusieurs fois par jour (> 4 fois), des larmes artificielles sans agent de conservation devraient être utilisées pour prévenir la toxicité due aux agents de conservation.

- Si les larmes artificielles sont utilisées plus de 4 fois par jour, celles sans agent de conservation devraient être utilisées pour prévenir la toxicité due aux agents de conservation [AAO, 2013].

4.4.2. Traitement de deuxième intention

- Le traitement du problème dermatologique associé est important dans la prise en charge de la blépharite chronique (p. ex. rosacée et dermite séborrhéique).

- Le traitement du problème dermatologique associé est important dans la prise en charge de la blépharite chronique (p. ex. rosacée et dermite séborrhéique) [source : parties prenantes].

Considérations importantes avant d'envisager l'usage d'un antibiotique topique

- Les antibiotiques topiques ne sont généralement utilisés qu'en cas d'échec des mesures non pharmacologiques pratiquées sur une base régulière et de façon optimale.

- Tout en précisant que les mesures non pharmacologiques pratiquées sur une base régulière sont le traitement de base, l'AAO recommande, en s'appuyant sur la RS de Lindsley [2012], l'usage d'antibiotiques topiques pour le traitement des blépharites chroniques, l'intention étant d'éliminer les bactéries responsables de l'inflammation [AAO, 2013].

- Pour le CO, les antibiotiques topiques sont utiles dans les cas de blépharite antérieure à staphylocoque ou séborrhéique lorsque ces dernières ne sont pas contrôlées par des mesures non pharmacologiques [College of Optometrists, 2016].
- Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'usage d'antibiotiques topiques comme traitement de deuxième intention. Toutefois, l'adhésion, l'optimisation de l'application des compresses chaudes et de l'hygiène des paupières ainsi que la technique de massage doivent être vérifiées. Les antibiotiques topiques pour traiter les blépharites aiguë ou chronique ne sont généralement utilisés qu'en cas d'échec des mesures non pharmacologiques pratiquées sur une base régulière et de façon optimale [source : parties prenantes].
 - ▶ Au besoin, reconsidérer la condition clinique.
- Au besoin, reconsidérer la condition clinique [source : parties prenantes].

ANTIBIOTIQUE TOPIQUE CHEZ L'ADULTE			
Condition	Traitement topique	Posologie	Durée
Blépharites aiguës ou chroniques non contrôlées par les mesures non pharmacologiques	Érythromycine (onguent, 0,5 %)	Une bande sur l'œil affecté (ou rebord de la paupière) DIE au coucher ³	4 semaines
	OPTION ALTERNATIVE ¹ EN CAS D'ALLERGIE OU D'INTOLÉRANCE		
	Acide fusidique (goutte, 1 %) ou Polymyxine B (Sulfate) - gramicidine ² (goutte 10 000 unités/ 0,025 mg)	1 goutte ou une bande sur l'œil affecté DIE au coucher ³	4 semaines

Tiré du guide d'usage optimal *Blépharites*

- En se basant en partie sur le RS de Lindsley [2012], l'AAO recommande l'érythromycine ou la bacitracine, appliquée sur la marge des paupières une ou plusieurs fois par jour ou au coucher pendant quelques semaines. La posologie et la durée dépendent de la réponse au traitement et de la gravité de la condition clinique [AAO, 2013]
- Le CO recommande également l'usage d'un antibiotique topique, mais sans référence spécifique à l'érythromycine, à raison de deux fois par jour [College of Optometrists, 2016].
- Tel que recommandé par l'AAO, l'érythromycine (onguent, 0,5) est le traitement à privilégier pour les cas de blépharite aiguë ou chronique non contrôlées par les mesures non pharmacologiques. Les experts consultés recommandent une bande sur l'œil affecté (ou rebord de la paupière) une fois par jour au coucher, pendant quatre semaines. Même si l'érythromycine n'est pas homologuée par Santé Canada pour le traitement des blépharites, elle est couramment prescrite à cette fin [source : parties prenantes].
- Les deux options alternatives proposées au prescripteur, acide fusidique (goutte, 1 %) ou Polymyxine B (Sulfate) – gramicidine (goutte 10 000 unités/0,025 mg) s'appliquent lorsque le patient a un antécédent de réaction allergique ou une intolérance à l'érythromycine, mais ces situations sont plutôt rares. L'application d'une goutte ou une bande sur l'œil affecté (ou rebord de la paupière) une fois par jour au coucher pendant quatre semaines est recommandée [source : parties prenantes].

¹Selon les experts consultés, en raison de la disponibilité de meilleures solutions en termes de spectre bactérien et du risque de résistance, la ciprofloxacine (goutte et onguent, 0,3 %) et l'ofloxacine (goutte, 0,3 %) sont des options non privilégiées.

- En raison de la disponibilité de meilleures solutions en termes de spectre bactérien, ainsi que du risque associé au développement de résistance, les solutions ophtalmiques de fluoroquinolones, telles que la ciprofloxacine (goutte et onguent, 0,3 %) et l'ofloxacine (goutte, 0,3 %), ne devraient pas être prescrites pour un traitement de deuxième intention par les professionnels de la santé en première ligne. Ces options de traitement sont prescrites par les ophtalmologistes en dernier recours [source : parties prenantes].

²Disponible en vente libre dans les pharmacies.

Au Québec, le Polymyxine B (Sulfate) – gramicidine est disponible en vente libre dans les pharmacies [source : INESSS].

³La posologie est différente de celle qui se trouve dans les monographies; elle reflète les recommandations des experts consultés concernant l'indication de la blépharite.

- La posologie (1 goutte ou 1 bande sur l'œil affecté, ou rebord de la paupière, une fois par jour au coucher) et la durée (4 semaines) diffèrent de l'information trouvée dans les monographies, qui correspond à l'indication officielle pour laquelle l'antibiotique topique a reçu son homologation. Toutefois, la posologie et la durée proposées dans le GUO sont suffisantes pour un traitement de deuxième intention tout en continuant d'utiliser les mesures non pharmacologiques de première intention [source : parties prenantes].

4.4.3. Traitement de troisième intention

Considérations importantes avant d'envisager l'usage d'un corticostéroïde topique

- ▶ Reconsidérer la condition clinique en l'absence de réponse au traitement de première et de deuxième intention. En présence de symptômes et de signes atypiques pouvant suggérer une autre pathologie, diriger le patient vers l'ophtalmologie
- Reconsidérer la condition clinique en l'absence de réponse au traitement de première et de deuxième intention. En présence de symptômes et de signes atypiques pouvant suggérer une autre pathologie, diriger le patient vers l'ophtalmologie [source : parties prenantes].
- ▶ Pour le traitement d'une blépharite chronique à risque de complication, il est important de s'assurer de l'absence ou d'un antécédent de kératite herpétique chez le patient, puisque l'usage d'un corticostéroïde topique peut réactiver l'infection. Dans un tel contexte, une investigation plus approfondie par un ophtalmologiste est requise.
- Selon les monographies, une kératite herpétique est une contre-indication à l'utilisation d'un corticostéroïde topique [source : monographie des produits].
 - Pour le traitement d'une blépharite chronique à risque de complication, il est important de s'assurer de l'absence ou d'un antécédent de kératite herpétique chez le patient, puisque l'usage d'un corticostéroïde topique peut réactiver l'infection. Dans un tel contexte, une investigation plus approfondie par un ophtalmologiste est requise [source : parties prenantes].
- ▶ Ce traitement, en combinaison avec un antibiotique topique, ne devrait être prescrit qu'**après une évaluation à la lampe à fente, par un professionnel habilité**, afin de repérer des symptômes et signes d'alarme (p. ex. kératite).
- Se référer dans le GUO à la section portant sur la présentation clinique/ symptômes et signes/ symptômes et signes d'alarme à rechercher. Ce traitement, en combinaison avec un antibiotique topique, ne devrait être prescrit qu'**après une évaluation à la lampe à fente, par un professionnel habilité**, afin de repérer des symptômes et signes d'alarme (p. ex. kératite) [source : parties prenantes].

Considérations importantes après l'usage d'un corticostéroïde topique

- En raison des effets indésirables des corticostéroïdes (augmentation de la pression oculaire et cataracte), il est important que le patient soit réévalué à l'intérieur de quelques semaines suivant l'amorce du traitement.

- L'AAO recommande une réévaluation à l'intérieur de quelques semaines pour vérifier la réponse au traitement et l'adhésion, et pour mesurer la pression intra-oculaire [AAO, 2013].
- Selon les experts consultés, il doit y avoir un suivi régulier, qui comprend une évaluation à la lampe à fente par un professionnel habilité, pendant la période où le patient fait usage d'un corticostéroïde topique afin de repérer les complications, le cas échéant [source : parties prenantes].

ANTIBIOTIQUE TOPIQUE AVEC AJOUT D'UN CORTICOSTÉROÏDE TOPIQUE CHEZ L'ADULTE			
Condition	Corticostéroïde topique	Posologie	Durée
Blépharites chroniques non contrôlées par l'usage d'un antibiotique topique seul et à risque de complication après examen à la lampe à fente	Fluorométholone (0,1 %) ou Lotéprednol ¹ (0,5 %) OPTION ALTERNATIVE ² Prednisolone (0,12 % ou 1 %) COMBINAISONS Dexaméthasone/tobramycine ^{1,3} (goutte et onguent, 0,1 %/0,3 %) ou Prednisolone/sulfacétamide ¹ (onguent et suspension 0,2 %/10 %)	1 goutte TID à QID ⁴	1 à 2 semaines avec un suivi régulier afin de vérifier l'amélioration de la condition et l'apparition des effets indésirables associés

Tiré du guide d'usage optimal *Blépharites*

- L'AAO ne recommande pas l'usage d'un corticostéroïde topique en particulier, mais elle privilégie ceux qui ont le meilleur profil d'innocuité tels que le fluorométholone avec une pénétration oculaire limitée et le lotéprednol avec un site spécifique. Dans cette perspective, la dexaméthasone est un des agents les plus risqués [AAO, 2013].

- Pour les cas de blépharite chronique non contrôlée par l'usage d'un antibiotique topique seul et à risque de complication, après examen à la lampe à fente, les meilleurs choix thérapeutiques pour les corticostéroïdes topiques sont les mêmes que ceux proposés par l'AAO, soit fluorométholone (0,1 %) ou lotéprednol¹ (0,5 %). L'option alternative est la prednisolone. Les combinaisons proposées sont dexaméthasone/tobramycine (goutte et onguent, 0,1 %/0,3 %) ou prednisolone/ sulfacétamide (onguent et suspension 0,2 %/10 %). La posologie est identique pour les trois agents (1 goutte de trois à quatre fois par jour) [source : parties prenantes].
- En se basant en partie sur la RS de Lindsley [2012], l'AAO recommande l'usage d'une combinaison d'antibiotique topique et de corticostéroïde topique pour traiter la blépharite chronique [AAO, 2013; Lindsley *et al.*, 2012].
- Pour les blépharites chroniques non contrôlées par l'usage d'un antibiotique topique seul et à risque de complication après examen à la lampe à fente, la combinaison dexaméthasone/tobramycine semble être le traitement topique le plus souvent prescrit par les optométristes, car il est plus facile à appliquer par le patient [source : parties prenantes], et cela même si la combinaison prednisolone/ sulfacétamide (onguent et suspension 0,2 %/10 %) a l'indication de Santé Canada pour le traitement de la blépharite [source : monographie].
- En se basant en partie sur la RS de Lindsley [2012], l'AAO recommande l'usage d'une combinaison d'antibiotique et de corticostéroïde topiques avec une application sur une brève période en utilisant la plus petite dose possible pour éviter les effets indésirables des corticostéroïdes [AAO, 2013].
- Lindsley et ses collaborateurs [2012] soulignent dans la RS que l'usage à long terme de corticostéroïdes topiques ne devrait pas être recommandé à cause des effets indésirables associés comme le développement d'un glaucome et la formation de cataractes [Lindsley *et al.*, 2012].
- En accord avec la mise en garde de Lindsley et ses collaborateurs [2012] et la recommandation de l'AAO mentionnée plus haut, la recommandation pour la durée est de une à deux semaines avec un suivi régulier afin de vérifier l'amélioration de la condition et l'apparition des effets indésirables associés [source : parties prenantes].

¹Non remboursées par le régime public d'assurance médicaments (RPAM).

- Au Québec, seules deux combinaisons d'antibiotiques et de corticostéroïdes ophtalmiques sont disponibles (dexaméthasone/tobramycine et prednisolone/sulfacétamide), mais elles ne sont pas remboursées par le régime public d'assurance médicaments (RPAM) [source : INESSS].

²Selon les experts consultés, en raison de son profil d'innocuité défavorable et de la disponibilité d'une meilleure option de traitement, le Dexaméthasone

- En accord avec l'AAO, en raison de son profil d'innocuité défavorable et de la disponibilité d'une meilleure option de traitement, le Dexaméthasone (0.1%) seul n'est pas recommandé [source : parties prenantes].

³Selon les experts consultés, la Tobramycine seule n'est généralement pas prescrite dans les cas de bléharite, car elle est irritante pour les yeux. (0,1 %) seul n'est pas recommandé.

- La Tobramycine seule n'est généralement pas prescrite dans les cas de bléharite, car elle est irritante pour les yeux [source : parties prenantes].

⁴La posologie est différente de celle qui se trouve dans les monographies; elle reflète les recommandations des experts consultés concernant l'indication de la bléharite.

- L'AAO ne précise ni posologie ni durée particulières. Par exemple, concernant la combinaison dexaméthasone/tobramycine, elle mentionne une application plusieurs fois par jour et la diminution de la posologie une fois l'inflammation contrôlée puis la cessation du traitement ou par intermittence, selon le « confort » du patient [AAO, 2013].
- Et toujours dans un souci d'efficacité pour les professionnels de la santé en première ligne, de l'information particulière sur la posologie et la durée est fournie : pour les corticostéroïdes recommandés seuls ou en combinaison, 1 goutte de 3 à 4 fois par jour pendant 1 à 2 semaines [source : parties prenantes].

4.4.4. Traitement de quatrième intention

Considérations importantes avant l'usage d'un antibiotique oral pour traiter une blépharite postérieure chronique non contrôlée

- ▶ Si l'évolution n'est pas celle attendue malgré les traitements pharmacologiques, reconsidérer la condition clinique.
 - L'absence de réponse aux traitements de première, de deuxième et de troisième intention requiert d'abord de reconsidérer la condition clinique pour s'assurer de l'absence d'autres pathologies [source : parties prenantes].
- ▶ En présence de symptômes et de signes atypiques pouvant suggérer une autre pathologie, diriger le patient vers l'ophtalmologie.
 - Selon les experts consultés, il est primordial que le patient ne présente pas de symptômes et des signes atypiques pouvant suggérer une autre pathologie. Dans ce contexte, une consultation en ophtalmologie pour l'établissement d'un diagnostic médical est recommandée [source : parties prenantes].
- ▶ Pour limiter les effets indésirables d'un usage à long terme des antibiotiques, y inclus le développement de la résistance bactérienne, la prescription d'un antibiotique oral devrait être réservée **à de rares cas** de blépharite postérieure chronique non contrôlée lorsque :
 - le bon usage des mesures non pharmacologiques sur une base régulière depuis plus de 4 à 6 mois a été validé et l'usage d'un antibiotique topique n'a pas permis de contrôler la condition malgré l'ajout d'un corticostéroïde topique;
 - une kératite punctiforme secondaire est observée.
- Selon les experts consultés, avant de considérer un traitement de quatrième intention, le bon usage des mesures non pharmacologiques sur une base régulière depuis plus de 4 à 6 mois doit être validé [source : parties prenantes].
- Selon les experts consultés, avant de considérer un traitement de quatrième intention, il faut s'assurer que l'usage d'un antibiotique topique n'a pas permis de contrôler la condition malgré l'ajout d'un corticostéroïde topique [source : parties prenantes].
- La présence d'une kératite punctiforme secondaire observée à la lampe à fente est une indication pour qu'un antibiotique oral soit une option envisagée [source : parties prenantes].

- Selon l'AAO, s'il est clair d'après l'histoire et l'examen de l'œil que le patient a une blépharite postérieure chronique non contrôlée, l'usage d'un antibiotique oral de la classe des tétracyclines peut être une option envisagée [AAO, 2013].
- Selon les experts consultés, l'usage des antibiotiques oraux, bien que très rare, car réservé en première ligne aux professionnels habilités à interpréter les résultats de l'évaluation à la lampe à fente, peut apporter des avantages à certains patients [source : parties prenantes].

► Avant de prescrire un antibiotique oral, vérifier les effets indésirables, interactions médicamenteuses, contre-indications et précautions particulières.

- En accord avec les trois recommandations cliniques retenues (AAO, AOA, CO) et la RS de Lindsley [2012], avant de prescrire un antibiotique oral, vérifier les effets indésirables, interactions médicamenteuses, contre-indications et précautions particulières [source : parties prenantes].

ANTIBIOTIQUE ORAL CHEZ L'ADULTE			
Condition	Antibiotique oral ^{1, 2}	Posologie	Durée
Blépharite postérieure chronique non contrôlée	Doxycycline	100 mg PO DIE et peut être diminuée à 20 mg PO BID ou 40 mg PO DIE après amélioration clinique objectivée ^{3, 4}	2 à 3 mois
	ou Minocycline	ou 100 mg PO DIE et peut être diminuée à 50 mg PO DIE après amélioration clinique objectivée. ⁴	

Tiré du guide d'usage optimal *Blépharites*

- Selon la RS de Lindsley [2012], pour la blépharite antérieure, les résultats sur l'efficacité d'un traitement aux antibiotiques oraux ne sont pas concluants [Lindsley *et al.*, 2012].
- Dans la RS de Wladis [2016], trois études ont évalué l'efficacité des tétracyclines orales chez des patients atteints d'une blépharite postérieure. Deux études ont rapporté des résultats en faveur de l'usage de la doxycycline orale sur la résolution de symptômes et de signes [Iovieno *et al.*, 2009; Yoo *et al.*, 2005]. Une troisième étude qui a comparé la minocycline (50 mg deux fois par jour) en combinaison avec des larmes artificielles à l'usage de larmes artificielles seules a aussi rapporté des résultats en faveur de l'usage de la minocycline (combinée aux larmes artificielles) sur la résolution de symptômes et de signes [Lee *et al.*, 2012].

Les résultats de ces trois études ont démontré un avantage statistiquement significatif en faveur de l'antibiotique oral (tétracyclines orales) sur la résolution de symptômes et de signes [Wladis *et al.*, 2016].

- En se basant en partie sur le RS de Lindsley [2012], l'AAO recommande l'usage des antibiotiques oraux pour traiter la blépharite postérieure non contrôlée par les mesures non pharmacologiques [AAO, 2013].
- L'AAO fournit de l'information particulière sur la posologie et la durée. La dose recommandée pour la doxycycline et la minocycline est 100 mg. Après une amélioration clinique, sur une durée estimée entre deux et six semaines, la dose peut être réduite à 40 ou 50 mg. Il n'y a pas d'information portant sur la durée du traitement, car la dose et la durée devraient être ajustées selon la gravité de la blépharite et la réponse au traitement [AAO, 2013].
- L'AOA et le CO recommandent, pour les patients atteints d'une blépharite postérieure non contrôlée, l'usage d'agents de la classe des tétracyclines, mais ils ne donnent pas d'information concernant la posologie et la durée. Pour le CO, le traitement peut être requis pendant plusieurs semaines et la dose peut varier dans le temps [College of Optometrists, 2016; AOA, 2011].
- La posologie indiquée dans la monographie de la doxycycline est de 200 mg en dose unique le premier jour, puis de 100 mg/jour par la suite, à moins d'une infection grave où une posologie de 200 mg/jour fractionnée en une ou deux doses peut être administrée. Au Québec, il existe des comprimés de 20, 40 et 100 mg. La posologie indiquée dans la monographie de la minocycline indique qu'une dose de 100 à 200 mg peut être donnée au début puis, par la suite, 100 mg deux fois par jour. La minocycline est disponible en comprimé de 50 ou 100 mg.
- Pour les experts consultés, comparativement à la tétracycline, la doxycycline et la minocycline sont les meilleures options chez l'adulte en raison de la posologie qui en facilite l'administration. Les experts étaient d'accord avec la recommandation de l'AAO de réduire la dose après une amélioration clinique objectivée pour tenter de réduire les effets indésirables liés à l'usage des antibiotiques oraux pendant quelques mois. La pratique courante chez l'adulte consiste à prescrire pour la doxycycline 100 mg, une fois par jour, et peut-être diminuée à 20 mg deux fois par jour ou 40 mg une fois par jour après amélioration clinique objectivée; et pour la minocycline 100 mg, une fois par jour, et peut-être diminuée à 50 mg une fois par jour après amélioration clinique objectivée. L'usage de la doxycycline et de la minocycline est d'une durée de deux à trois mois [source : parties prenantes].

¹Aucun des antibiotiques énumérés ne possède l'indication officielle de Santé Canada pour le traitement des blépharites.

- Aucun des antibiotiques énumérés ne possède l'indication officielle de Santé Canada pour le traitement des blépharites [source : monographie].

²En raison de son profil d'innocuité défavorable pour un usage de plus de 3 semaines, l'azithromycine est une alternative non privilégiée.

- En raison de son profil d'innocuité défavorable, notamment en raison de l'allongement de l'intervalle Q-T, pour un usage de plus de 3 semaines, l'azithromycine est une alternative non privilégiée pour la première ligne. La prescription d'azithromycine est réservée aux ophtalmologistes qui ont à composer avec un choix restreint d'options pour traiter les cas sévères de blépharite [source : parties prenantes].

³Les comprimés de 20 et 40 mg de doxycycline ne sont pas remboursés par le RPAM.

- Les petites doses devraient être administrées dès l'amorce du traitement puisque l'étude de Yoo [2005] a démontré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les hautes et les petites doses [Yoo *et al.*, 2005] [source : parties prenantes]. Mais, comme les comprimés de 20 et 40 mg de doxycycline ne sont pas remboursés par le RPAM, cela peut représenter une contrainte financière pour certains patients moins bien nantis. L'autre option est la minocycline en comprimés de 50 mg, qui est remboursée [source : INESSS].

⁴Selon la littérature et les experts consultés, les petites doses pourraient être administrées dès l'amorce du traitement pour limiter les effets indésirables liés à un usage de plusieurs semaines.

- Comme l'indique la RS de Lindsley [2012], l'étude de Yoo [2005] présente des résultats comparatifs entre des hautes doses et des petites doses de doxycycline. Les résultats démontrent que les groupes qui ont reçu des doses hautes ou petites de doxycycline avaient moins de symptômes par patient (N = 100) après quatre semaines que le groupe qui avait pris le placebo. Un résultat qu'il est important de noter, c'est qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les doses hautes ou petites [Lindsley *et al.*, 2012; Yoo *et al.*, 2005].

- Dans la RS de Lindsley [2012], basée sur l'étude de Yoo [2005], il est mentionné que le groupe qui a reçu la haute dose de doxycycline a rapporté plus d'effets indésirables que le groupe qui a pris la petite dose. Et en se basant sur cette même étude, l'AAO mentionne qu'une préparation de doxycycline 40 mg à libération prolongée peut être administrée pour réduire les effets indésirables [AAO, 2013; Lindsley *et al.*, 2012; Yoo *et al.*, 2005].

4.4.5. Antibiotiques de la classe des tétracyclines

Effets indésirables les plus fréquents	Principales interactions médicamenteuses	Contre-indications et précautions particulières
Photosensibilité; étourdissements ou vertiges; somnolence; fatigue; ataxie; troubles gastro-intestinaux.	Antiacide; anticoagulants oraux de type coumarinique; antidiarrhéiques contenant du kaolin et de la pectine ou du sous-salicylate de bismuth; antiépileptiques; contraceptifs oraux; digoxine; médicaments hépatotoxiques; pénicilline et rétinoïdes .	Antécédent de réactions allergiques à ces médicaments ou à leurs composants; dysfonctionnement hépatique ou rénal grave; grossesse ou allaitement; enfants de moins de 8 ans; myasthénie grave; prise de rétinoïdes . Ne pas se coucher dans les trente minutes suivant la prise de doxycycline pour réduire le risque d'œsophagite et d'ulcérations œsophagiennes.

Tiré du guide d'usage optimal *Blépharites*

- Pour l'AAO, les effets indésirables mentionnés sont la photosensibilité, des troubles gastro-intestinaux, une vaginite et, rarement, de l'azotémie. Les interactions médicamenteuses portent sur l'action métabolique des tétracyclines qui peuvent altérer l'efficacité de certains médicaments, par exemple diminuer l'efficacité des contraceptifs oraux et potentialiser les effets de la warfarine. Les contre-indications et précautions particulières sont la grossesse, l'allaitement, un antécédent d'hypersensibilité à ces médicaments, et pour les enfants de moins de 8 ans car des taches peuvent apparaître sur leurs dents. Spécifiquement pour la minocycline, les effets indésirables rapportés sont des taches sur la peau, la thyroïde, les ongles, les dents, la conjonctive sclérale, la langue et les os [AAO, 2013].
- Pour le CO, contre-indications et précautions particulières dans les cas de grossesse et d'allaitement [College of Optometrists, 2016].
- Dans la RS de Lindsley (2012), les principaux effets indésirables rapportés sont des problèmes gastro-intestinaux, de l'urticaire, des démangeaisons et des papules érythémateuses [Lindsley *et al.*, 2012]
- Dans la RS de Wladis (2016), les principaux effets indésirables rapportés sont des troubles gastro-intestinaux [Wladis *et al.*, 2016].
- Plusieurs effets indésirables, interactions médicamenteuses, contre-indications et précautions particulières sont énumérés dans les

monographies des différentes tétracyclines [source : monographies]. Selon les experts consultés, l'information principale que les prescripteurs doivent connaître est celle indiquée dans les monographies, et qui se retrouve à la fin de la section Principes de traitement, dans le tableau Antibiotiques de la classe des tétracyclines [source : parties prenantes].

4.5. Critères de consultation

- ▶ Présence de symptômes et/ou de signes d'alarme.
- ▶ Absence de réponse après plusieurs semaines d'usage optimal des mesures non pharmacologiques sur une base régulière combinée à un traitement d'un mois avec un antibiotique topique.
- ▶ Présence d'une kératite.

- Les trois critères ci-dessus s'adressent à des optométristes et des ophtalmologistes [source : parties prenantes].

Diriger le patient vers l'ophtalmologie :

- En présence de symptômes et de signes atypiques pouvant suggérer une autre pathologie.
- Si persistance d'un orgelet ou d'un chalazion malgré l'usage optimal des mesures non pharmacologiques sur une base régulière et prolongée, requérant une excision.
- Un enfant avec une blépharite chronique non contrôlée par les mesures non pharmacologiques.

- Ces trois critères s'adressent exclusivement à des ophtalmologistes [source : parties prenantes].

CONCLUSION

La blépharite chronique est une maladie qui ne peut être guérie de manière permanente. Les symptômes peuvent diminuer, mais ils sont rarement éliminés. Pour améliorer la prise en charge en première ligne des patients qui se présentent avec ce trouble oculaire estimé comme un des plus fréquents, de l'information est fournie aux professionnels en première ligne, dans ce nouveau GUO, dans le but de réduire l'usage des antibiotiques topiques, des corticostéroïdes topiques et des antibiotiques oraux dans le traitement de la blépharite. Les recommandations mettent l'accent sur la promotion des mesures non pharmacologiques comme traitement de première intention et sur l'importance de vérifier que ces mesures ont bien été appliquées avant de considérer un traitement de deuxième, de troisième et de quatrième intention. Puis, des renseignements sont fournis concernant les symptômes et signes d'alarme qui suggèrent une atteinte cornéenne, ce qui demande une évaluation à la lampe à fente. Cette évaluation est faite par un professionnel habilité capable d'examiner toutes les couches de l'œil et ses annexes et d'interpréter les résultats biomicroscopiques générés par l'évaluation à la lampe à fente. Dans cette perspective, le professionnel de la santé en première ligne spécialisé en soins oculaires et habilité à utiliser la lampe à fente est principalement l'optométriste.

La publication de ce GUO devrait avoir une retombée non négligeable sur l'accessibilité aux soins dispensés en première ligne aux patients atteints de blépharite, un trouble oculaire courant. Les optométristes, qui sont les spécialistes des soins oculaires en première ligne, ont un rôle à jouer pour soutenir les autres professionnels de la santé qui ne se sentent pas à l'aise avec l'examen à la lampe à fente et pour mesurer la gravité des signes et des symptômes d'alarme. Plutôt que de diriger systématiquement le patient vers l'ophtalmologie, une consultation en optométrie, qui s'inscrit à l'intérieur du jugement du clinicien qui exerce des activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement, pourrait avoir des retombées positives sur la prise en charge des cas de blépharite en première ligne.

RÉFÉRENCES

- American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel (AAO). Blepharitis. Preferred Practice Pattern Guidelines (PPP). San Francisco, CA : American Academy of Ophthalmology (AAO); 2013. Disponible à : <https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/blepharitis-ppp--2013>.
- American Academy of Ophthalmology Pediatric Ophthalmology/Strabismus Panel (AAO). Pediatric eye evaluations. Preferred Practice Pattern Guidelines (PPP). San Francisco, CA : American Academy of Ophthalmology (AAO); 2012. Disponible à : [http://www.ophted.com/system/files/2016/10/Pediatric%20Eye%20Evaluations%20PPP%20\(1\).pdf](http://www.ophted.com/system/files/2016/10/Pediatric%20Eye%20Evaluations%20PPP%20(1).pdf).
- American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Patterns Committee (AAO). Comprehensive adult medical eye evaluation. Preferred Practice Pattern Guidelines (PPP). San Francisco, CA : American Academy of Ophthalmology (AAO); 2010. Disponible à : http://www.eyenet.com.cn/upfiles/2015-06/20150617103355_2721.pdf.
- American Optometric Association (AOA). Care of the patient with ocular surface disorders. St-Louis, MO : AOA; 2011. Disponible à : <https://www.aoa.org/documents/optometrists/CPG-10.pdf>.
- Aronowicz JD, Shine WE, Oral D, Vargas JM, McCulley JP. Short term oral minocycline treatment of meibomianitis. Br J Ophthalmol 2006;90(7):856-60.
- Bagheri N, Wajda B, Calvo C, Durrani A. Wills Eye Manual: Office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. 7^e éd. Philadelphie, PA : Wolters Kluwer; 2016.
- Bakar O, Demircay Z, Toker E, Cakir S. Ocular signs, symptoms and tear function tests of papulopustular rosacea patients receiving azithromycin. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23(5):544-9.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ 2010;182(18):E839-42.
- College of Optometrists. Blepharitis (Lid Margin Disease) [site Web]. Londres, Angleterre : College of Optometrists; 2016. Disponible à : <https://www.college-optometrists.org/guidance/clinical-management-guidelines/blepharitis-lid-margin-disease.html>.
- Igami TZ, Holzchuh R, Osaki TH, Santo RM, Kara-Jose N, Hida RY. Oral azithromycin for treatment of posterior blepharitis. Cornea 2011;30(10):1145-9.
- Iovieno A, Lambiase A, Micera A, Stampachiacchiere B, Sgrulletta R, Bonini S. In vivo characterization of doxycycline effects on tear metalloproteinases in patients with chronic blepharitis. Eur J Ophthalmol 2009;19(5):708-16.

- Jackson WB, Easterbrook WM, Connolly WE, Leers WD. Treatment of blepharitis and blepharoconjunctivitis: Comparison of gentamicin-betamethasone, gentamicin alone and placebo. *Can J Ophthalmol* 1982;17(4):153-6.
- Lee H, Min K, Kim EK, Kim TI. Minocycline controls clinical outcomes and inflammatory cytokines in moderate and severe meibomian gland dysfunction. *Am J Ophthalmol* 2012;154(6):949-57.e1.
- Lemp MA et Nichols KK. Blepharitis in the United States 2009: A survey-based perspective on prevalence and treatment. *Ocul Surf* 2009;7(2 Suppl):S1-S14.
- Lindsley K, Nichols JJ, Dickersin K. Non-surgical interventions for acute internal hordeolum. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(1):CD007742.
- Lindsley K, Matsumura S, Hatef E, Akpek EK. Interventions for chronic blepharitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(5):CD005556.
- Mand PS et Eliason JA. Blepharitis: Overview and classification. Dans : Mannis MJ et Holland EJ, réd. *Cornea: Fundamentals, diagnosis and management*. 4^e éd. Édinburgh, Écosse : Elsevier; 2017 : 353-6.
- Medsing A et Nischal KK. Managing blepharokeratoconjunctivitis in children: A review. *Expert Rev Ophthalmol* 2013;8(5):485-99.
- Milner MS, Beckman KA, Luchs JI, Allen QB, Awdeh RM, Berdahl J, et al. Dysfunctional tear syndrome: Dry eye disease and associated tear film disorders - new strategies for diagnosis and treatment. *Curr Opin Ophthalmol* 2017;27(Suppl 1):3-47.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ* 2009;339:b2535.
- Nichols KK. The international workshop on meibomian gland dysfunction: Introduction. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2011;52(4):1917-21.
- O'Gallagher M, Bunce C, Hingorani M, Larkin F, Tuft S, Dahlmann-Noor A. Topical treatments for blepharokeratoconjunctivitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(2):CD011965.
- O'Gallagher M, Banteka M, Bunce C, Larkin F, Tuft S, Dahlmann-Noor A. Systemic treatment for blepharokeratoconjunctivitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(5):CD011750.
- Quarterman MJ, Johnson DW, Abele DC, Leshner JL Jr, Hull DS, Davis LS. Ocular rosacea. Signs, symptoms, and tear studies before and after treatment with doxycycline. *Arch Dermatol* 1997;133(1):49-54.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
- Sobolewska B, Doycheva D, Deuter C, Pfeffer I, Schaller M, Zierhut M. Treatment of ocular rosacea with once-daily low-dose doxycycline. *Cornea* 2014;33(3):257-60.

- Sung J, Wang MT, Lee SH, Cheung IM, Ismail S, Sherwin T, Craig JP. Randomized double-masked trial of eyelid cleansing treatments for blepharitis. *Ocul Surf* 2018;16(1):77-83.
- Suzuki T, Teramukai S, Kinoshita S. Meibomian glands and ocular surface inflammation. *Ocul Surf* 2015;13(2):133-49.
- Tarff A et Behrens A. Ocular emergencies: Red eye. *Med Clin North Am* 2017;101(3):615-39.
- Wladis EJ, Bradley EA, Bilyk JR, Yen MT, Mawn LA. Oral antibiotics for meibomian gland-related ocular surface disease: A report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology* 2016;123(3):492-6.
- Yoo SE, Lee DC, Chang MH. The effect of low-dose doxycycline therapy in chronic meibomian gland dysfunction. *Korean J Ophthalmol* 2005;19(4):258-63.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

